



## **Curso de Mestrado em Enfermagem**

Área de Especialização  
**Saúde Materna e Obstetrícia**

# **A Intervenção não Farmacológica no Alívio da dor da Parturiente – Um Cuidado Especializado de Enfermagem**

**Daniel Monteiro Rodrigues**

**2012**





## **Curso de Mestrado em Enfermagem**

**Área de Especialização  
Saúde Materna e Obstetrícia**

# **A Intervenção não Farmacológica no Alívio da dor da Parturiente – Um Cuidado Especializado de Enfermagem**

**Relatório de Estágio**

**Daniel Monteiro Rodrigues, nº 3830**

**Sob a orientação de:**

**Professora Luísa Sotto-Mayor**

**2012**



*Aos meus pais, irmão, cunhada e sobrinhos  
pelo apoio e incentivo...*

*Aos meus amigos, pelos momentos de distração e  
compreensão pela minha ausência...*

*À Professora Luísa Sotto-Major pela inspiração, orientação,  
incentivo, apoio e disponibilidade...*

*À Enfermeira Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia Catarina Alves  
pela partilha de experiências e conhecimentos, pelo apoio,  
amizade, companheirismo e carinho...*

*A ti, T\* por tudo!*

*“É quando incluimos o amor e o cuidado no nosso trabalho e na nossa vida que descobrimos e afirmamos que a Enfermagem, tal como o ensino, é mais do que um simples trabalho; é uma carreira de dar e receber, para uma vida de crescimento e aprendizagem”*

Jean Watson

## **ABREVIATURAS E SIGLAS**

cm – centímetro

CMESMO – Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

CTG – Cardiotocografia

Dr. – Doutor

EESMOG – Enfermeiro Especialista em Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica

END – Escala Numérica da Dor

*ICM – International Confederation of Midwives*

LFD – Linha Flexível de Defesa

LND – Linha Normal de Defesa

LR – Linha de Resistência

MAC – Maternidade Dr. Alfredo da Costa

NC – Notas de Campo

OE – Ordem dos Enfermeiros

OL – Orientadora do Local

OMS – Organização Mundial de Saúde

REPE – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

RN – Recém-Nascido

SMMF – Serviço de Medicina Materno Fetal

UNICEF – *United Nations International Children's Emergency Fund*

## RESUMO

Este Relatório de Estágio apresenta o percurso formativo integrado no 2º Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, focalizando o aprofundamento teórico e o desenvolvimento de competências na intervenção não farmacológica de alívio da dor da parturiente.

A metodologia utilizada foi baseada na Revisão Sistemática da Literatura, procurando resposta para a questão, em formato PI[C]O:

**Quais os contributos das intervenções não farmacológicas (I) do EESMOG, (como o uso da bola de parto, respiração controlada, massagem e hidroterapia) para o alívio da dor (O) na parturiente (P)?**

A pesquisa em bases de dados foi realizada através do motor de busca EBSCO, tendo sido seleccionados três artigos, aos quais foram adicionados, para melhor compreensão, dois trabalhos académicos: uma Dissertação de Mestrado em Enfermagem e uma Dissertação de Doutoramento em Ciências da Saúde.

Como resultados da revisão sistemática da literatura destacaram-se os seguintes contributos das intervenções não farmacológicas respiração controlada, massagem, hidroterapia e bola de parto: a promoção do relaxamento, o alívio da dor, a diminuição do desconforto, o desvio do foco de atenção, a redução da ansiedade, a oxigenação fetal e do útero, o alívio da sensação de peso fetal, a promoção de uma posição vertical, o auxílio no encaixe da apresentação na pelve materna e consequente descida e a prevenção do cansaço e da tensão muscular.

Recorrendo a estes métodos, o EESMOG pode actuar de forma autónoma, completa e gratificante no sentido da promoção do conforto, bem-estar e saúde da parturiente, minimizando os desconfortos e a dor durante o trabalho de parto.

**Palavras-chave:** Alívio da Dor da Parturiente, Respiração Controlada, Massagem, Hidroterapia e Bola de Parto.

## **ABSTRACT**

This Report presents the learning pathway of the curricular unit Final Internship with Report, as part of the 2<sup>nd</sup> Masters Course in Maternal Health and Obstetrics Nursing of ESEL - Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, focusing on the theoretical and skills' development with non-pharmacological pain relief techniques for women in labor.

The methodology used was based on the Systematic Review of the Literature, trying to answer the following question in the PI [C] O format:

**What are the contributions of non-pharmacological interventions (I) of the nurse-midwife, (such as the use of the birth ball, controlled breathing, massage and hydrotherapy) for pain relief (O) in the parturient (P)?**

Research in databases was performed using the EBSCO search engine, through which have been selected three articles and further added, for better understanding: a Master's Thesis in Nursing and a PhD Thesis in Health Sciences.

As a result of the systematic literature review the following contributions of the techniques such as controlled breathing, massage, hydrotherapy and birth ball were highlighted: promotion of relaxation, pain relief, decreased discomfort, the shift of focus of attention, the reduction of anxiety, increase of fetal and uterine oxygenation, relief of the sensation of fetal weight, promotion of the upright position, better fetal adaptation to maternal pelvis and consequent lowering and prevention of fatigue and muscle tension.

Using these methods, the nurse-midwife can act independently, promoting the comfort, wellbeing and health of the parturient, minimizing discomfort and pain during labor.

**Keywords:** Pain Relief of Parturient, Controlled Breathing, Massage, Hydrotherapy and Birth Ball.

# ÍNDICE

INTRODUÇÃO .....	10
1. ANÁLISE CRÍTICA DAS COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS.....	14
1.1. Ensino Clínico I – Serviço de Ginecologia .....	14
1.2. Ensino Clínico II – Serviço de Puerpério.....	15
1.3. Ensino Clínico III – Unidade de Cuidados de Saúde Primários .....	16
1.4. Ensino Clínico IV – Serviço de Medicina Materno-Fetal .....	17
1.5. Ensino Clínico V – Unidade de Neonatologia .....	18
1.6. Estágio com Relatório – Sala de Partos.....	19
2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	26
2.1. Trabalho de Parto .....	26
2.2. Dor no Trabalho de Parto.....	26
2.3. Métodos não Farmacológicos de Alívio da Dor.....	27
2.3.1. Respiração Controlada .....	28
2.3.2. Massagem .....	29
2.3.3. Hidroterapia .....	31
2.3.4. Bola de Parto .....	33
2.4. Modelo Teórico de Betty Neuman.....	37
3. METODOLOGIA.....	40
3.1. Revisão Sistemática da Literatura.....	40
3.2. Considerações Éticas .....	42
4. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS .....	45
4.1. Prática Baseada na Evidência .....	45
4.2. Limitações ao Estudo.....	51
4.3. Implicações para a Prática .....	52
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	55
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	58
APÊNDICES E ANEXOS .....	61



## ÍNDICE DE IMAGENS

Imagem 1 – Actuação em Situação de Circular Cervical Apertada: Passos da "Manobra da Cambalhota" ..	24
Imagem 2 – Massagem da região lombo-sagrada com a parturiente em pé.....	30
Imagem 3 – Massagem da região lombo-sagrada com a parturiente em posição de 4 apoios.....	31
Imagem 4 – Posição sentada na bola de parto .....	34
Imagem 5 – Posição sentada na bola de parto com apoio dos braços .....	34
Imagem 6 – Posição vertical com tronco e braços apoiados na bola de parto .....	35
Imagem 7 – Posição sentada com bola de parto entre as pernas .....	35
Imagem 8 – Posição de joelhos com transferência do peso do tórax e braços para a bola .....	36
Imagem 9 – Variantes da posição de joelhos com bola de parto.....	36
Imagem 10 – Posição de joelhos com bola de parto e apoio dos glúteos .....	36

## INTRODUÇÃO

A realização do presente relatório vem responder aos requisitos da Unidade Curricular Estágio com Relatório, inserida no plano de estudos do 2º semestre do 2º ano do 2º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia. Este ensino clínico decorreu no Serviço de Urgência da Maternidade Dr. Alfredo da Costa, no período compreendido entre os dias 27 de Fevereiro e 27 de Julho de 2012, com um total de cerca de 500 horas de contacto, sob a orientação da Enfermeira Especialista Catarina Alves e da Professora Luísa Sotto-Mayor.

Tendo em conta as competências específicas definidas pela Ordem dos Enfermeiros no Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica publicado em Diário da República, 2ª série, N.º 35 de 18 de Fevereiro de 2011, intitulado Regulamento n.º 127/2011 (Anexo I), bem como as competências definidas pela *International Confederation of Midwives* (Anexo II), foram definidos para este ensino clínico os seguintes objectivos (Documento Orientador da Unidade Curricular Estágio com Relatório, 2012):

- Desenvolver competências científicas, técnicas e relacionais que permitam prestar cuidados de enfermagem especializados à mulher/recém-nascido/família, no âmbito da transição para a parentalidade, em situação de saúde e doença, tendo em vista a promoção da saúde e bem-estar da mulher/RN/família;
- Desenvolver competências científicas, técnicas e relacionais que permitam prestar cuidados de enfermagem especializados à mulher/RN/família, durante os diferentes estádios do trabalho de parto, puerpério e período neonatal, de forma a contribuir para a diminuição das morbilidade e mortalidade materna, perinatal e neonatal, tendo em vista a promoção da saúde e bem-estar da mulher/RN/família;
- Desenvolver competências científicas, técnicas e relacionais que permitam mobilizar a evidência científica para a tomada de decisão relativamente a cuidados de enfermagem especializados na área da saúde materna e obstetrícia e ginecologia.

Foi também requisito para esta unidade curricular o aprofundamento de conhecimentos em torno de uma problemática pertinente para a prática de enfermagem especializada. O tema a abordar será o da dor da parturiente e o alívio da mesma.

A dor durante o trabalho de parto é universal e torna-se impossível quantificar a sua intensidade, uma vez que é subjectiva e vivenciada de forma distinta por cada mulher. Segundo o Manual da Maternidade Segura (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1996), é da competência do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica proporcionar às parturientes meios que ajudem a suportar a dor.

É neste âmbito que surge o interesse pelos métodos não farmacológicos de alívio da dor na parturiente. São métodos naturais, não invasivos, que ajudam a parturiente/casal a vivenciar o trabalho de parto de forma natural e positiva, e a que o EESMOG pode recorrer durante a prestação de cuidados individualizados e especializados.

A intervenção não farmacológica no alívio da dor da parturiente, pela sua especificidade, exige do EESMOG “Saber” e “Saber Fazer”, de forma a implementar as referidas estratégias com sucesso. A aquisição destes dois saberes fundamentais realiza-se de forma progressiva, com a prática e constante revisão da literatura. Estas premissas geram a construção de competência que permite ao EESMOG evoluir ao longo do seu percurso profissional. Competência implica um saber-agir responsável, integrando conhecimentos, recursos e habilidades em contexto de prática profissional.

Para a aquisição de competências que permitam desenvolver uma prática baseada na evidência realizei uma revisão sistemática da literatura com a seguinte questão de partida: **Quais os contributos das intervenções não farmacológicas do EESMOG, (como o uso da bola de parto, respiração controlada, massagem e hidroterapia) para o alívio da dor na parturiente?** Os resultados obtidos permitiram realçar a evidência científica, descrita na literatura, e aplicá-la na minha prestação de cuidados, adquirindo novas aptidões e competências no âmbito desta

temática e contribuindo para a melhoria dos cuidados de enfermagem especializados.

Foram delineados os seguintes objectivos para a realização deste trabalho:

- Analisar as orientações e recomendações da OMS para a humanização do parto;
- Identificar quais as estratégias não farmacológicas de alívio da dor durante o trabalho de parto que podem beneficiar a atitude da parturiente;
- Salientar a importância de fornecer a cada utente medidas alternativas à analgesia epidural caso assim o desejem;
- Descrever o contributo dos enfermeiros especialistas nesta área de intervenção.

Os conceitos constituem a pedra angular do modelo conceptual e permitem encarar a investigação sob uma perspectiva particular (Fortin, 2009). Desta forma, surgiu a necessidade de seleccionar um modelo conceptual para servir de fio condutor à prática de enfermagem e permitir a consolidação de novos conhecimentos, tendo sido escolhido o Modelo de Sistemas de Betty Neuman.

Através da realização deste relatório pretendo realizar uma reflexão crítica acerca das actividades desenvolvidas ao longo dos ensinos clínicos do CMESMO a fim de adquirir competências específicas do EESMOG. Pretendo ainda descrever o estudo realizado e direccionado para os métodos não farmacológicos de alívio da dor durante o parto, com base na revisão sistemática da literatura, articulando esses resultados com os dados recolhidos através das notas de campo elaboradas durante o ensino clínico. Por fim, procuro com este relatório apresentar as competências adquiridas ao longo de todo o processo formativo com vista a obtenção do CMESMO.

Este trabalho divide-se em cinco partes. Inicia-se com uma descrição e análise crítica das actividades desenvolvidas durante os ensinos clínicos com vista a aquisição de competências específicas do EEMOG. Segue-se o enquadramento teórico que sustenta a pertinência e justificação da temática. Abordo a metodologia de trabalho, fazendo referência à revisão sistemática da literatura e às

considerações éticas que guiaram este trabalho e toda a minha prática. Sucede-se a discussão dos resultados obtidos através da Revisão Sistemática da Literatura e da minha prática em que são abordadas questões como as limitações ao estudo e as implicações para a prática. Por fim, são traçadas algumas considerações finais relativas à consecução deste trabalho e ao término deste percurso formativo e académico.

## **1. ANÁLISE CRÍTICA DAS COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS**

Este capítulo destina-se à análise crítica das competências científicas, técnicas e relacionais específicas do Enfermeiro Especialista de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica adquiridas ao longo de todo o processo formativo do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia.

Competência implica um saber-agir responsável, integrando conhecimentos, recursos e habilidades em contexto de prática profissional. Segundo Le Boterf (2000), a competência resulta da combinação de várias habilidades que caracterizam uma determinada prática profissional.

Tendo em conta a especificidade do CMESMO, que inclui um percurso extenso de prática clínica, passando por diferentes unidades, farei uma breve alusão a todos os ensinamentos clínicos e uma abordagem mais pormenorizada do estágio final a que se reporta este relatório.

### **1.1. Ensino Clínico I – Serviço de Ginecologia**

De acordo com o Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica da Ordem dos Enfermeiros (2010), é da competência do EESMOG cuidar da mulher durante o período do climatério e/ou a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica, no sentido de potenciar a saúde, apoiando os processos de transição e adaptação.

Durante este período de prática clínica, integrei a equipa de enfermagem da Consulta de Ginecologia, Bloco Operatório de Ginecologia, Unidade de Dor Aguda e Internamento de Ginecologia, onde tive oportunidade de prestar cuidados especializados no sentido de promover a saúde ginecológica da mulher, prevenir complicações relacionadas com as afecções do aparelho génito urinário e/ou mama e facilitar a adaptação das utentes à sua situação pós-cirúrgica. Outras actividades desenvolvidas durante este ensino clínico visaram a promoção da saúde e adaptação da mulher em processo de transição à menopausa, diagnosticando precocemente e prevenindo complicações para a saúde da mulher durante o período

do climatério (Competência 5 e 6 da OE e Competência 2 da *International Confederation of Midwives*).

## 1.2. Ensino Clínico II – Serviço de Puerpério

Segundo Sardo, Leite e Côtó (2007), considera-se que uma das áreas de intervenção específica do EESMOG se centra na assistência à mulher no período pós-parto. A sua principal competência baseia-se no cuidar “a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal, no sentido de potenciar a saúde da puérpera e do recém-nascido, apoiando o processo de transição e adaptação à parentalidade” (OE, 2010, p. 6).

Deste modo, as actividades que estabeleci visam o desenvolvimento de competências científicas, técnicas e relacionais na prestação de cuidados de enfermagem especializados, de forma personalizada, tendo em conta as necessidades de cada puérpera/recém-nascido/família, de forma a reduzir a mortalidade e morbilidade materna e neonatal, detectando sinais de risco e complicações (Competência 4 da OE e Competências 5 e 6 da *ICM*).

Durante este ensino clínico prestei particular atenção ao aleitamento materno e ao método canguru, com inúmeras vantagens para a mulher e RN.

Relativamente ao aleitamento materno, a Organização Mundial de Saúde/*United Nations International Children’s Emergency Fund* (OMS/UNICEF) aconselha que deva ser exclusivo até aos primeiros seis meses de vida, sendo posteriormente complementado até aos dois anos de idade com outros alimentos. No entanto e por várias razões, quer pessoais, profissionais e/ou culturais, quer mesmo por falta de informação adequada, muitas mães acabam por abandonar esta prática.

Assim, procurei desempenhar o papel fundamental previsto para o EESMOG na promoção do aleitamento materno, quer durante o período pré-natal, quer durante o parto e o pós parto e enquanto durar o período da amamentação, seguindo os critérios de avaliação da Competência 3 da OE (2010, p. 5) “concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de promoção, protecção e apoio ao aleitamento materno” e da Competência 4 da OE (2010, p. 6) “concebe, planeia, implementa e

avalia medidas correctivas ao processo de aleitamento materno” e como descrito na Competência 5 e 6 da *ICM*.

No que diz respeito ao método canguru, esta técnica permite acima de tudo promover um contacto pele a pele precoce entre a díade, criando um maior vínculo afectivo, maior apego, facilitando desta forma a transição para a parentalidade, o estabelecimento da amamentação e um melhor desenvolvimento do recém-nascido (Competência 4 da OE e Competência 5 e 6 da *ICM*).

### **1.3. Ensino Clínico III – Unidade de Cuidados de Saúde Primários**

Este ensino clínico foi particularmente enriquecedor em termos de desenvolvimento de competências específicas do EESMOG, uma vez que as consultas de enfermagem abrangem toda a área de actuação do EESMOG.

Ao realizar consultas de saúde reprodutiva e planeamento familiar, tive a preocupação de abordar questões como a importância da vigilância periódica da saúde, independentemente da cliente se encontrar na idade fértil ou na menopausa, esclarecendo sobre prevenção de infeções sexualmente transmitidas, realização de rastreio do cancro do colo do útero e da mama, informando e orientando na selecção de métodos de contracepção (Competências 1, 5 e 6 da OE e Competência 2 da *ICM*).

Durante este período foi identificada a necessidade de intervenção junto à população relativamente ao cancro do colo do útero, pelo que planeei, organizei, divulguei e realizei um rastreio para o qual foram convocadas telefonicamente as clientes do centro de saúde em idade fértil sem registo de realização de citologia (Competência 7 da OE e Competência 1 da *ICM*).

Na consulta de saúde materna e no curso de preparação para o nascimento procurei prestar cuidados no sentido de promover e potenciar a saúde da mulher grávida e o bem-estar fetal, detectando e tratando precocemente complicações. A minha intervenção neste âmbito foi caracterizada, predominantemente, por educação para a saúde na perspectiva de informar a grávida/casal sobre os desconfortos, sinais e sintomas de complicações que podem ocorrer. Desta forma, são-lhes conferidas



competências para recorrer a medidas de suporte para alívio desses desconfortos e conhecimento dos sinais de alerta de quando se devem dirigir aos serviços de saúde, como é descrito nos critérios de avaliação da Competência 2 da OE (2010) e seguindo a premissa da Competência 3 da *ICM*.

Segundo o Regulamento de Competências do EESMOG da OE (2010), é da competência do EESMOG promover a saúde e prevenir complicações para a saúde da mulher e RN no período pós-natal, providenciando cuidados nas situações que possam afectar negativamente a sua condição de saúde.

Assim, durante as consultas de puerpério e visitas domiciliárias enfatizei questões como o aleitamento materno e resolução de dificuldades, a prevenção de acidentes do RN, a importância das consultas e vacinação do RN, o crescimento, desenvolvimento, sinais e sintomas de alarme no RN, a recuperação pós-parto, reinício da actividade sexual e contracepção da puérpera. Estas actividades desenvolvidas vão ao encontro do enunciado da Competência 4 da OE (2010) corroborado pela Competência 5 e 6 da *ICM* (2010).

#### **1.4. Ensino Clínico IV – Serviço de Medicina Materno-Fetal**

A prestação de cuidados de enfermagem especializados é centrada na mobilização de conhecimentos adquiridos previamente, que se irão reflectir na aquisição e consolidação de competências específicas nesta área. O desenvolvimento destas competências científicas, técnicas e relacionais permitirá dar suporte e acompanhamento à mulher e família em situação de gravidez de risco, levando assim a que a grávida e casal adquiram competências que lhes permitam ser autónomos no seu processo de saúde, tendo em vista a promoção da sua saúde e bem-estar.

Desta forma, durante este ensino clínico a minha actuação centrou-se na monitorização de gravidezes de risco em mulheres que apresentam desvios da gravidez fisiológica ou com patologia associada. Procurei promover a saúde mental do casal na vivência da gravidez de risco, envolvendo-os no processo de vigilância e informando sobre os sinais e sintomas de complicações adjacentes. Todas as intervenções foram implementadas no sentido de monitorizar a saúde e avaliar o

bem-estar materno-fetal, através da realização de registos cardio-tocográficos, auscultação de batimentos cardio-fetais, avaliação de sinais vitais maternos em caso de doença hipertensiva, diabetes e/ou infecção, bem como interpretação de resultados analíticos e ecográficos. Nestas situações, actuei em caso de agravamento da condição de saúde materna e/ou fetal, referenciei as situações que estavam para além da minha área de actuação e cooperei com outros profissionais no tratamento das complicações identificadas (Competência 2 da OE, 2010).

Ao longo deste período de prática também tive oportunidade de prestar cuidados a grávidas em situação de abortamento, pelo que desenvolvi competências na vigilância, detecção e actuação nas complicações, de forma a potenciar a saúde da mulher durante aquele processo.

Todas estas actividades desenvolvidas permitiram a aquisição de novas competências, nomeadamente a Competência 2 enunciada no Regulamento de Competências do EESMOG e as Competências 3 e 7 da *ICM*.

A formação contínua é uma necessidade evidente na enfermagem. É não só uma forma de aprofundar conhecimentos já adquiridos, como também de aquisição e partilha de novos conhecimentos, tendo em vista a melhoria e a uniformização dos cuidados de enfermagem prestados à grávida/família.

Neste sentido, considerei importante proceder à actualização de todas as normas de procedimento do serviço e elaborei novas normas que foram identificadas como necessárias pelos enfermeiros do serviço. Elaborei também o plano de formação em serviço para o ano 2012. Desta forma desenvolvi a Competência 1 da *ICM*, que enuncia que ao EESMOG compete actualizar os seus conhecimentos e capacidades técnicas a fim de prestar cuidados actualizados.

## **1.5. Ensino Clínico V – Unidade de Neonatologia**

Este ensino clínico foi muito enriquecedor no sentido em que me alertou para aspectos importantes na prestação de cuidados a recém-nascidos com necessidade de cuidados especiais, prematuros ou não, e para os quais não estava desperto. Sem dúvida que estes contributos irão influenciar de forma positiva a minha prática,

conseguindo ter conhecimentos mais aprofundados acerca das necessidades e capacidades de um recém-nascido prematuro ou doente.

Este ensino clínico sensibilizou-me ainda para a necessidade de formação nesta área a fim de desenvolver determinadas competências, tais como a Competência 4 da OE e as Competências 1, 4, 5 e 6 da *ICM*, anteriormente adquiridas mas neste contexto aplicadas a RN com necessidades especiais.

## **1.6. Estágio com Relatório – Sala de Partos**

O estágio foi realizado no Serviço de Urgência da Maternidade Dr. Alfredo da Costa, no período compreendido entre o dia 27 de Fevereiro e 27 de Julho de 2012.

Este período de prática clínica corresponde ao culminar deste percurso formativo e desta forma caracterizado por ansiedade e grande motivação para prestar cuidados especializados e desenvolver as competências específicas ao EESMOG em contexto de sala de partos. Todas as actividades desenvolvidas ao longo deste processo de formação visaram a consolidação ou a aquisição de competências definidas pela OE no Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica e pela *ICM*, dando concomitantemente resposta aos objectivos delineados no Projecto de Estágio com Relatório (Apêndice I).

A orientação deste ensino clínico ficou a cargo, numa fase inicial, dos EESMOG Nuno Lopes, Paula Mateus e Paula Pereira, assistentes da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. A instituição exigia que a orientação dos alunos do CMESMO fosse realizada por assistentes da escola até terem realizado 10 partos ou completado 8 semanas de estágio, a fim de garantir uma integração efectiva no serviço antes de ficarem atribuídos aos respectivos orientadores clínicos. Decorridas as 8 semanas, a minha orientação passou a ser da responsabilidade da EESMOG Catarina Alves.

A integração no serviço de urgência foi facilitada pelo facto de exercer funções no Serviço de Medicina Materno Fetal da mesma instituição. Assim, sendo conhecedor dos protocolos da instituição e das infra estruturas físicas, o processo integrativo

decorreu rapidamente e sem intercorrências. É importante salientar que o facto de todos os profissionais da sala de partos me terem recebido de forma acolhedora e calorosa contribuiu significativamente para o seu sucesso.

Na sala de partos encontram-se não só grávidas em trabalho de parto mas também mulheres com gravidez de risco que se encontram em vigilância por falta de vaga no SMMF. Devido à minha experiência profissional enquanto enfermeiro e ao facto de já ter adquirido competências inerentes à função de EESMOG num SMMF, durante este estágio apenas me ficaram atribuídas grávidas em trabalho de parto.

Assim, o desenvolvimento de competências científicas, técnicas e relacionais para o cuidado especializado à mulher em trabalho de parto e no período pós-parto constituiu um dos principais objectivos deste período de prática clínica, visando a promoção e manutenção do bem-estar materno e fetal.

Durante o trabalho de parto foram implementadas inúmeras actividades que visavam a garantia de “um ambiente seguro durante o trabalho de parto e parto” e “a promoção do conforto e bem-estar da mulher e conviventes significativos” (OE, 2010, p. 5).

É fundamental, neste período tão importante na vida de uma mulher/casal, garantir o bem-estar materno e fetal através da interpretação de registo cardiotocográfico, seguindo a premissa da Competência 2 da OE (2010, p. 4) que indica que o EESMOG “identifica e monitoriza saúde materno-fetal pelos meios clínicos e técnicos apropriados” a fim de identificar e monitorizar “o risco materno-fetal durante o trabalho de parto e parto, referenciando as situações que estão para além da sua área de actuação” (OE, 2010, p. 5). Assim, proporcionei acompanhamento adequado às parturientes de forma a detectar precocemente sinais de risco/complicações e intervir atempadamente.

Segundo a Competência 4 da *ICM*, o EESMOG deve revelar capacidades técnicas a fim de “contrôler la progression du travail à l’aide du partogramma ou d’un outil d’enregistrement similaire” (2010, p. 12). Desta forma procurei utilizar durante a minha actuação o partograma, instrumento que permite uma interpretação de todo o trabalho de parto sob a forma de um gráfico, facilitando a identificação de “desvios

ao padrão normal de evolução do trabalho de parto” (OE, 2010, p. 5), tendo referenciado as situações que estavam para além da minha área de actuação.

Durante todo o atendimento ao trabalho de parto dei prioridade à promoção do conforto das parturientes. Deste modo negocieei, com as mulheres que me foram atribuídas, medidas de conforto durante o trabalho de parto, como por exemplo: a presença de uma pessoa significativa, diferentes posições a adoptar durante o trabalho de parto e parto, hidratação, suporte emocional e métodos não farmacológicos de alívio da dor (Competência 4 da *ICM*).

Realizei o acolhimento das grávidas e acompanhantes à unidade com o objectivo de permitir uma melhor socialização dos mesmos ao serviço de urgência/sala de partos. Fiz questão de conhecer as expectativas da grávida em relação à gestão da dor durante o trabalho de parto, informando-a e sensibilizando-a para as estratégias não farmacológicas de alívio da dor e os seus benefícios, com o intuito de planear e implementar os cuidados em conformidade.

Mediante estas intervenções consegui dar resposta aos critérios de avaliação da Competência 3 da OE (2010, p. 5), que afirmam que o EESMOG “concebe, planeia, implementa e avalia intervenções adequadas à evolução do trabalho de parto, optimizando as condições de saúde da mãe e do feto” e também “coopera com outros profissionais na implementação de intervenções de promoção, prevenção e controlo da dor”.

Em toda a minha actuação enquanto futuro EESMOG foi prioritária a promoção e o envolvimento do companheiro/pessoa significativa, com o objectivo de enaltecer as “medidas de suporte emocional e psicológico à parturiente” (OE, 2010, p. 5).

Inicialmente senti algumas dificuldades na aquisição de competências técnicas na avaliação da cervicometria e bacia materna e na interpretação da estática fetal, dificuldades que foram ultrapassadas pela partilha de experiências e conhecimentos da OL e substancialmente através da prática continuada das observações. Deste modo consegui cumprir os critérios de avaliação da Competência 3 da OE (2010, p. 5), que refere que o EESMOG “avalia e determina a adequação da estrutura pélvica em relação ao feto durante o trabalho de parto” e da Competência 4 da *ICM* (2010,

p. 12) que refere que o EESMOG deve “réaliser un examen pelvien complete et précis pour évaluer la dilatation, la descente, la présentation, la position, l’état des membranes et si le pélvis est adapté à la naissance du bébé par les voies vaginales”.

Aplicar “técnicas adequadas na execução do parto de apresentação cefálica” (OE, 2010, p. 5), foi a actividade mais empolgante e desejada ao longo deste período de prática clínica. Representa o culminar de toda uma fase repleta de expectativas e que para a mulher/casal fica marcado para o resto da vida. Realizei 62 partos eutócicos, dos quais 9 com episiotomia, 14 com laceração Gau I, 11 com laceração Grau II e 28 com períneo intacto. Os partos foram realizados com autonomia mas sempre com supervisão dos OL.

Após os primeiros tempos passados na sala de partos, vivenciei algumas situações que me fizeram reflectir acerca da postura de um EESMOG, perante uma parturiente que sente necessidade de soltar um grito durante o parto e que nem sempre é bem aceite pelos pares (Diário de Aprendizagem I – Apêndice II).

Durante o período expulsivo dei prioridade à protecção do períneo a fim de evitar lacerações extensas, caso a avaliação previamente realizada não revelasse necessidade de recorrer a episiotomia. Assim, dei resposta à Competência 4 da ICM (2010, p. 12) que refere que o EESMOG deve revelar conhecimentos técnicos acerca dos “principes de prévention d’endommagement du plancher pelvien et de déchirures périnéales”.

Depois do nascimento do RN, procedi de imediato à permeabilização das vias aéreas e à avaliação do índice de Apgar por forma a dar resposta à Competência 3 da OE (2010, p. 5) que defende que o EESMOG “assegura a avaliação imediata do recém-nascido implementando medidas de suporte na adaptação à vida extra-uterina”.

A mesma competência da OE (2010, p. 5) afirma ainda que o EESMOG “concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de promoção da vinculação mãe/pai/recém-nascido/conviventes significativos” e de “promoção, protecção e apoio ao aleitamento materno”. Neste sentido, e sempre com o consentimento dos

intervenientes, coloquei o RN em contacto pele a pele com a mãe após a sua extracção e certificação da estabilidade do estado clínico, incentivei o acompanhante a proceder ao corte do cordão umbilical e intervim, em caso de necessidade, na adaptação do RN à mama, sempre na primeira hora de vida, dando resposta às orientações da UNICEF para o sucesso do aleitamento materno.

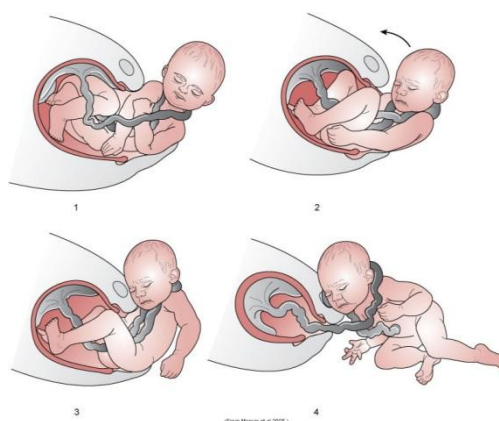
Relativamente ao corte do cordão umbilical é importante salientar que sempre que possível preferi um corte tardio do mesmo, como documentei no meu Diário de Aprendizagem II (Apêndice III).

Em caso de circular cervical apertada, procedi ao corte do cordão umbilical logo após a extracção da cabeça. Recentemente tive acesso a um artigo acerca do manuseamento de circulares cervicais apertadas que afirma que existe outra forma de proceder mais natural, fisiológica e acima de tudo mais segura para a mulher e RN, bem como para nós profissionais.

Ao proceder ao corte imediato do cordão umbilical após o nascimento da cabeça fetal, por apresentar uma circular cervical do referido cordão, estamos a interromper as trocas gasosas feto/mãe, e o próprio feto, em processo de transição para o meio extra-uterino ainda não consegue respirar por se encontrar no canal de parto, o que impede a expansão pulmonar. A intervenção do profissional de saúde deve ser imediata nestes casos para garantir as condições de saúde do RN e proceder ao desencravamento dos ombros e extracção do RN. No entanto pode ocorrer uma distócia de ombros que pode atrasar o nascimento de cerca de 3 minutos, durante os quais o feto não é oxigenado. Nestas condições foram descritos vários casos de RN com paralisia cerebral, hipovolémia e anemia (MERCER, J.; et al., 2005).

Mercer et al. (2005) afirmam que na ocorrência de circular cervical apertada deve-se recorrer à manobra da cambalhota (*somersault manoeuvre*), descrita em 1991 por Schorn e Blanco. Esta manobra consiste em realizar o desencravamento controlado dos ombros sem manipular a circular cervical apertada, procedendo de seguida à flexão da cabeça fetal de forma a mantê-la junto à sínfise púbica materna. Deste modo o corpo fetal é expulso em cambalhota, sem que seja exercida tracção sobre a circular cervical apertada. Após o nascimento a circular do cordão umbilical pode ser

desfeita sem que seja interrompida a circulação feto-placentar. Os diversos passos desta manobra são ilustrados na imagem 1.



**Imagem 1 – Actuação em Situação de Circular Cervical Apertada: Passos da "Manobra da Cambalhota"**

Retirada de: MERCER, J.; et al. – Nuchal Cord Management and Nurse-Midwifery Practice.  
In: *Journal of Midwifery & Women's Health*. Vol. 50, nº 5. (2005).

Após a dequitação, muitas vezes o cordão umbilical ainda pulsava pelo que a placenta era embrulhada em panos e permanecia junto da puérpera e RN até à laqueação posteriormente do cordão umbilical, procedimento conhecido como *Lotus Birth*.

Verifiquei a formação do globo de segurança de Pinard e certifiquei-me de que as perdas hemáticas se apresentavam em quantidade e características consideradas normais. De seguida, procedi à reparação do canal de parto, nos casos em que ocorreu necessidade de realizar uma episiotomia ou ter surgido uma laceração do períneo. Inicialmente a execução desta técnica apresentava-se como um grande desafio, que com a prática continuada consegui ultrapassar. Reparei canais de parto com lacerações sem grande complexidade, tendo desta forma adquirido a Competência 4 da ICM (2010) e a Competência 3 da OE (2010, p. 5) que refere que o EESMOG “avalia a integridade do canal de parto e aplica técnicas de reparação, referenciando as situações que estão para além da sua área de actuação”. De facto, ao longo deste ensino clínico senti a necessidade de referenciar à equipa médica algumas situações, como o caso de uma cliente, que apresentava uma anatomia



genital alterada por mutilação, complicando desta forma a reparação por não evidenciar os pontos de referência anatómicos.

Durante o quarto estágio do trabalho de parto, as puérperas permaneceram em vigilância na sala de partos, sendo um período propício ao reforço da promoção da vinculação da tríade, bem como à promoção, protecção e apoio ao aleitamento materno. Decorridas 2 horas e antes da transferência para os serviços de puerpério, proporcionei medidas de conforto e promoção da saúde às clientes, através da verificação e palpação do globo de segurança de Pinard, avaliação da quantidade e características dos lóquios, prestação de cuidados de higiene e fornecimento de uma refeição ligeira. Durante o transporte, acompanhei todas as puérperas e RN ao serviço de destino, transmitindo aos enfermeiros todas as informações pertinentes para permitir uma correcta continuidade de cuidados.

Antes da alta clínica procurei, sempre que possível, visitar as puérperas a quem tinha realizado o parto, e após a sua autorização, observei a evolução da episiorrafia ou sutura da laceração que tinha efectuado, o que contribuiu significativamente para o aperfeiçoamento das minhas técnicas de sutura.

Em suma, este estágio correspondeu para mim a um período rico em aquisição de novas competências as quais potenciaram a vivência positiva do trabalho de parto e parto.

Estou certo de que pretendo orientar a minha carreira profissional para o contexto de uma sala de partos, uma vez que neste âmbito me senti realizado e completo a nível profissional e pessoal, sentindo que sou capaz de prestar cuidados de excelente qualidade e fazer a diferença às mulheres e casais que possa vir a cuidar.

## **2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO**

Não estudamos nem evoluímos isoladamente, mas sim em conjunto. Evoluímos com um corpo de conhecimentos cada vez mais vasto e que se vai actualizando a cada momento que passa.

Após a realização da revisão narrativa da literatura o enquadramento teórico que resultou vai ao encontro das minhas considerações e expectativas, bem como ao tema por mim escolhido.

### **2.1. Trabalho de Parto**

Considera-se o trabalho de parto como um “conjunto de fenómenos fisiológicos que, uma vez postos em marcha, conduzem à dilatação do colo uterino, à progressão do feto através do canal de parto e à sua expulsão para o exterior” Machado, (2005) citada por Graça (2010, p. 370).

Machado (2005) convencionou dividir o trabalho de parto em três estádios: o primeiro estágio caracteriza-se pelo início de contracções uterinas regulares, que originam o apagamento e a dilatação do colo, terminando com a dilatação completa. O segundo estágio inicia-se com a dilatação completa e termina com a expulsão do feto, enquanto que o terceiro estágio começa com a expulsão do feto e termina com a expulsão da placenta e membranas fetais. Ainda o mesmo autor refere a subdivisão de Friedman do primeiro estágio do trabalho de parto: a fase latente que se inicia com contracções regulares e termina quando o colo está completamente apagado e com cerca de 3 cm de dilatação, após o que se inicia a fase activa, fase que decorre após os 3 cm até à dilatação completa.

### **2.2. Dor no Trabalho de Parto**

A principal causa de dor no primeiro estágio do trabalho de parto depende das contracções uterinas, que provocam o apagamento e dilatação do colo. Outra das causas da dor é a isquémia uterina causada pela deficiente irrigação sanguínea, levando a uma diminuição da oxigenação local, por contracção das artérias do miométrio (BACHMAN, 1999).

A transmissão da dor é efectuada pelos nervos espinal, simpático torácicos inferiores e lombares superiores. Estes nervos têm origem no corpo uterino e no colo, causando uma dor visceral. Esta dor tem uma localização na parte inferior do abdómen, irradiando para a região lombar, sendo referida apenas durante a contracção (BACHMAN, 1999).

Num estudo realizado por Melzack e Bonica, citados por Graça (2010), foi demonstrado que comparativamente a outros tipos de dor, a dor do trabalho de parto é uma das mais dolorosas das que a mulher conhece e já suportou. Segundo este estudo, a dor é insuportável para 20% das parturientes, muito intensa para 30%, moderada para 35% e mínima ou inexistente para 15% das mulheres. Também foi demonstrado, por estes autores, que a dor do trabalho de parto é maior nas primíparas do que nas múltiparas.

Assim, compreendemos que a dor acompanha as parturientes durante a normal progressão do trabalho de parto. Com a evolução dos tempos, a atitude passiva perante a dor do trabalho de parto foi abandonada, estudando-se várias formas de alívio da dor durante o trabalho de parto. É nesta óptica que se inscreve o recurso aos métodos não farmacológicos de alívio da dor.

### **2.3. Métodos não Farmacológicos de Alívio da Dor**

“o objectivo das técnicas de relaxamento é reduzir a ansiedade e a tensão muscular, dessa forma tranquilizando a mente e relaxando os músculos” (BRANDEN, 2002, p. 227).

Se a redução do *stress* físico e emocional inerente ao trabalho de parto é essencial para o bem-estar materno-fetal, os métodos não farmacológicos de alívio da dor apresentam-se como um recurso promissor. De salientar ainda o papel preponderante do acompanhante na aplicação destes métodos, potenciando os seus benefícios, ao associar-lhe a afectividade.

Os métodos não farmacológicos de alívio da dor passíveis de ser utilizados durante o trabalho de parto são diversificados, e alguns autores, como Branden (2002), referem que as técnicas usadas para promover o relaxamento podem ser a

abstracção mental, relaxamento muscular progressivo, bocejos, respiração controlada, imagens mentais, toque e musicoterapia.

Neste trabalho será dada ênfase aos seguintes métodos: a respiração controlada, massagem, hidroterapia e uso da bola de parto.

### **2.3.1. Respiração Controlada**

A respiração controlada é uma técnica muito importante durante todo o trabalho de parto, sendo imprescindível para uma oxigenação adequada da parturiente e consequentemente, do útero e do feto. Uma respiração descoordenada aumenta o consumo de oxigénio, causando hipóxia que por sua vez pode originar sofrimento fetal.

O método da respiração controlada foi preconizado por Read e Lamaze, que utilizam o princípio da teoria de Pavlov, visando construir um novo reflexo condicionado à parturiente: respiração-relaxamento no momento da contracção uterina. Desviando a atenção para a respiração consciente, permite que a parturiente se abstraia das dores e das contracções uterinas e passe a concentrar-se na respiração e relaxamento (REZENDE, 2005).

A respiração é considerada como uma técnica auxiliar do relaxamento, promovendo a prevenção do *stress*, diminuição de dores musculares, diminuição de estados de ansiedade moderada, aumento do poder de concentração, aquietação motora e psicológica e aumento da consciência corporal e emocional de si mesmo.

A respiração é também de extrema importância para o bem-estar da mãe e do bebé no decorrer do trabalho de parto, sendo preponderante o seu papel ao nível do auto controlo e da diminuição do desconforto e ansiedade que a parturiente vai sentindo ao longo do trabalho de parto. Assim, esta técnica promove não só o bem-estar físico da mãe e do bebé, mas também o bem-estar psicológico desta e, consequentemente do seu filho.

Uma correcta respiração passa por inspirar, encher o abdómen, dilatar o tórax, levantar levemente as clavículas, manter o ar, expirar calmamente, expulsando o ar

pela boca e não ter pressa em inspirar o ar novamente, respeitando uma pausa respiratória. A expiração é a fase de relaxamento do ciclo respiratório.

Existem vários tipos respiratórios usados no trabalho de parto, sendo os mais utilizados a respiração profunda ou abdominal e a respiração costal superior. Independentemente do tipo respiratório, o início da inspiração deve coincidir com o início da contracção.

De acordo com Vellay (1998) existem 3 tipos de respiração durante a dilatação, a serem utilizados apenas durante a contracção:

- Respiração lenta e profunda, durante a primeira parte do trabalho, quando as contracções são curtas e pouco intensas.
- Respiração ligeiramente acelerada e superficial, a utilizar segundo a necessidade e geralmente não antes da meia dilatação.
- Respiração da fase de transição (respiração de sopro): No período de transição, a necessidade de fazer força, de «puxar», aparece no decorrer da contracção e varia conforme a sua intensidade. A vontade de fazer força será compensada acelerando a frequência dos sopros.

O esclarecimento sobre os diferentes tipos respiratórios é fundamental durante prestação de cuidados à parturiente, quando as contracções se tornam gradualmente mais frequentes e intensas. Dale e Rober (1993) salientam ainda a importância de sensibilizar a parturiente para que não sustenha a respiração em momento algum, mesmo que tal constitua uma estratégia de defesa contra a dor.

### **2.3.2. Massagem**

A massagem é uma técnica de relaxamento que pode ser utilizada durante o trabalho de parto. Costa (2004) refere que a massagem utiliza o toque para fins terapêuticos, permitindo relaxar e acalmar o corpo e o espírito.

O toque é uma das formas de comunicação não verbal mais íntima e intensa do ser humano. Denison (1998) refere-se ao toque terapêutico como indutor de um profundo relaxamento. O autor destaca ainda a sua comprovada eficiência na diminuição da ansiedade e redução da dor. De acordo com Roxo (2003), os

contactos agradáveis estimulam a produção de endorfinas que causam prazer, activam o bom humor e diminuem a tristeza, restaurando a energia psíquica.

Também Frias, citada por Ponte (2011) menciona que a massagem foi e é um meio natural de aliviar a dor e desconforto. A massagem pode ser realizada por qualquer pessoa, devendo no entanto estar reservada para o companheiro, para que este possa assumir um papel activo no sentido de proporcionar à parturiente alívio, conforto e relaxamento.

Uma massagem suave, (*effleurage*) e a realização de uma contração na região sacral, são dois métodos que proporcionam conforto a muitas mulheres, durante o trabalho de parto. A *effleurage*, utilizada para distrair a parturiente da dor provocada pela contração, consiste numa série de percussões suaves no abdómen, sincronizadas com o ritmo das contrações, proporcionando um efeito relaxante e consequente alívio da dor (LOWDERMILK, 2008).

A massagem da região lombo-sagrada (contração) revela-se extremamente eficaz na diminuição do desconforto provocado pelas lombalgias decorrentes do trabalho de parto. Efectua-se uma pressão constante com as mãos ou com o punho na região sacral, aliviando a sensação de aperto interno e dor nesse local (LOWDERMILK, 2008).

Germain (2007) defende que a contração deve ser aplicada a partir do centro da região sacral até ao cóccix. Pode ser aplicada desde que a parturiente esteja numa posição confortável, seja de pé ou de quatro apoios.



**Imagem 2 – Massagem da região lombo-sagrada com a parturiente em pé**

Retirada de: GERMAIN, B.; PARÉS, N. – **Parir en movimiento: Las moviidades de la pélvis en el parto**. Barcelona: La Liebre de Marzo, 2007. p. 109.



**Imagem 3 – Massagem da região lombo-sagrada com a parturiente em posição de 4 apoios**

Retirada de: GERMAIN, B.; PARÉS, N. – **Parir en movimiento: Las moviidades de la pélvis en el parto**. Barcelona: La Liebre de Marzo, 2007. p. 170.

Neste contexto, a massagem actua distraindo e inibindo a dor através da estimulação de uma variedade de receptores da pele e tecidos profundos. O simples acariciar do abdómen quando a mulher respira e relaxa durante a contracção funciona como um verdadeiro calmante, sobretudo se for realizada pelo companheiro, favorecendo deste modo a ligação afectiva entre o casal. Pode-se portanto afirmar que aliviar as tensões da parturiente através de uma simples massagem não elimina as dores do parto, mas serve para relaxar e aliviar a tensão num momento bastante crítico.

### **2.3.3. Hidroterapia**

Actualmente existem cada vez mais mulheres a procurar um parto natural, recorrendo a métodos não farmacológicos de alívio da dor. Para Bachman (1999, p. 237) a hidroterapia consiste num “método não farmacológico utilizado para aumentar o conforto e o relaxamento durante o trabalho de parto”.

Também Dale e Rober (1993, p. 70) referem que “durante o trabalho de parto, pode saber-lhe bem (à parturiente) passar algum tempo debaixo de uma torneira de água quente para ajudar a descontraír-se e a eliminar a tensão”.

A água morna promove o relaxamento, o alívio do peso do bebé, facilita a descida do feto na pelve materna e possui um enorme efeito analgésico durante as contracções. A água alivia o desconforto, provocando o relaxamento do corpo, o que diminui a ansiedade da mulher. A diminuição da ansiedade diminui a produção de adrenalina, aumentando os níveis de oxitocina e de endorfinas, contribuindo a primeira para a evolução do trabalho de parto e as segundas para a diminuição da percepção da dor. A água também provoca uma hiperestimulação dos mamilos, o que por seu lado estimula a produção de oxitocina, desencadeando as contracções uterinas (BACHMAN, 1999).

No entanto, torna-se pertinente salientar que devem ser garantidas algumas condições para que este método de alívio da dor não interfira com o bem-estar materno e fetal.

A temperatura da água deve estar entre os 35 e 37 graus Celsius. A água proporciona uma maior flexibilidade na musculatura de períneo, diminui a pressão no abdómen e no útero durante as contracções, proporcionando um relaxamento em todas as partes do corpo e favorecendo um ambiente em que a ansiedade se encontra reduzida (BACHMAN, 1999).

Antes de recorrer à hidroterapia devem ser avaliados alguns aspectos, tais como o bem-estar fetal e os sinais vitais maternos. Na mulher em fase activa de trabalho de parto, o colo deve ter uma dilatação de 4-5 cm e deve haver integridade da bolsa de águas. Se houver rotura das membranas, apenas se utiliza a hidroterapia se a apresentação fetal estiver encravada e o líquido amniótico for claro. Se o líquido amniótico apresentar mecónio a hidroterapia está contra-indicada, como refere Bachman (1999).

O uso da água no trabalho de parto reduz a percepção da dor e a necessidade de analgesia epidural, não aumentando a duração do trabalho de parto ou a taxa de partos distócicos, nem provocando alterações no bem-estar neonatal (BACHMAN, 1999).



### 2.3.4. Bola de Parto

Durante as contracções do trabalho de parto é muito importante a realização de exercícios do assoalho pélvico para prevenir a tensão muscular. A bola de parto constitui neste sentido um instrumento muito útil, uma vez que permite a realização de vários exercícios e a aquisição de diversas posições que contribuem para o alívio da dor e fadiga (CARRIÈRE, 1999).

Também segundo Zelling (2010) a bola é um importante instrumento, facilitador da mobilidade materna durante o trabalho de parto, sendo possível a realização de exercícios que ajudem na sua progressão.

Neste sentido torna-se evidente que o uso da bola de parto é uma mais-valia para a parturiente, uma vez que favorece o processo fisiológico do trabalho de parto, contribuindo para um melhor encaixe do feto na pelve materna. Além disso, promove o conforto e diminui a sensação dolorosa provocada pelas contracções. Outra vantagem do uso da bola é o facto de poder ser empregue em simultâneo com outros métodos não farmacológicos de alívio da dor (respiração controlada, massagem e hidroterapia).

Antes da sua utilização devem ser garantidas algumas condições. É importante que a bola seja de tamanho apropriado à estatura da parturiente. A bola de parto deve ser experimentada durante a gravidez para que a mulher em trabalho de parto possa usufruir na plenitude dos benefícios que esta lhe pode proporcionar, podendo também ser proporcionada essa experiência já durante o trabalho de parto mas de uma forma controlada, de modo a que a parturiente se sinta confortável e segura.

A bola de parto permite a realização de vários exercícios que facilitam a progressão do trabalho de parto, tais como:

- A parturiente deve sentar-se em cima da bola de parto com os joelhos afastados e os braços podem estar apoiados num suporte fixo, como por exemplo a barra da cama ou no companheiro. Nesta posição pode realizar movimentos rotatórios suaves com a pelve. Este exercício facilita a acção da gravidade, promove contracções mais eficazes e menos dolorosas, optimiza a

descida e a rotação fetal, aumentando os diâmetros da pelve (GERMAIN e PARÉS, 2007).



**Imagem 4 – Posição sentada na bola de parto**

Retirada de: GERMAIN, B.; PARÉS, N. – **Parir en movimiento: Las moviidades de la pélvis en el parto**. Barcelona: La Liebre de Marzo, 2007. p. 131.



**Imagem 5 – Posição sentada na bola de parto com apoio dos braços**

Retirada de: GERMAIN, B.; PARÉS, N. – **Parir en movimiento: Las moviidades de la pélvis en el parto**. Barcelona: La Liebre de Marzo, 2007. p. 165.

- A parturiente deve permanecer de pé ao lado da cama. Debruçada sobre a bola, colocada em cima da cama, com o tronco e braços apoiados sobre a mesma, pés afastados e pernas um pouco flectidas. Durante as contracções uterinas esta posição permite uma liberdade de movimento que promove a posição vertical e alivia o desconforto e dor da região lombo sagrada uma vez

que a força da gravidade desvia o feto para o abdômen da mulher (ZELLING, 2010).



**Imagem 6 – Posição vertical com tronco e braços apoiados na bola de parto**

Retirada de: SILVA, L. M. – **Utilização da bola suíça na assistência ao parto nos serviços públicos do município de São Paulo**. São Paulo: Universidade de São Paulo, 2010. Tese de Mestrado em Enfermagem. p. 32.

- A bola deve ser posicionada entre as pernas da parturiente, quando sentada na cama, abraçando a bola e tendo a região torácica inclinada sobre a mesma. Esta posição permite um aumento dos diâmetros anteroposterior e transversos da pelve materna e promove o relaxamento da mulher (ZELLING, 2010).



**Imagem 7 – Posição sentada com bola de parto entre as pernas**

Retirada de: SILVA, L. M. – **Utilização da bola suíça na assistência ao parto nos serviços públicos do município de São Paulo**. São Paulo: Universidade de São Paulo, 2010. Tese de Mestrado em Enfermagem. p. 33.

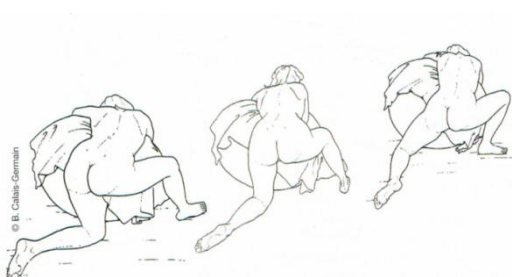
- A parturiente deve ajoelhar-se e transferir o peso do tórax e braços para cima da bola de parto, deixando o abdômen em pêndulo. Mediante a necessidade sentida pela mulher, podem adotar-se variantes desta posição, como por

exemplo manter um joelho apoiado e apoiar o pé da outra perna, transferindo o peso corporal de um apoio para o outro. Pode ainda apoiar os glúteos nos calcanhares. Estas posições proporcionam um alívio da dor lombar, relaxamento e auxílio na progressão fetal através da pelve materna (GERMAIN e PARÉS, 2007).



**Imagem 8 – Posição de joelhos com transferência do peso do tórax e braços para a bola**

Retirada de: GERMAIN, B.; PARÉS, N. – **Parir en movimiento:**  
**Las movilidades de la pélvis en el parto.** Barcelona: La Liebre de Marzo, 2007. p. 170.



**Imagem 9 – Variantes da posição de joelhos com bola de parto**

Retirada de: GERMAIN, B.; PARÉS, N. – **Parir en movimiento:**  
**Las movilidades de la pélvis en el parto.** Barcelona: La Liebre de Marzo, 2007. p. 170.



**Imagem 10 – Posição de joelhos com bola de parto e apoio dos glúteos**

Retirada de: GERMAIN, B.; PARÉS, N. – **Parir en movimiento:**  
**Las movilidades de la pélvis en el parto.** Barcelona: La Liebre de Marzo, 2007. p. 169.

Estes exercícios devem ser propostos à parturiente, que à medida que se sente mais segura e confiante no manuseamento da bola de parto pode adoptar outras posições que respondam às necessidades exigidas pelo próprio corpo, desde que não interfiram com a segurança e bem-estar materno-fetal.

## 2.4. Modelo Teórico de Betty Neuman

A prática de enfermagem assenta no desenvolvimento de competências baseado num modelo de enfermagem. O modelo de enfermagem que norteará este trabalho será o Modelo de Sistemas de Betty Neuman.

Segundo George (1993, p.228), Neuman

“descreve o seu modelo como abrangente e dinâmico. O modelo é uma visão multidimensional de indivíduos, grupos (famílias) e comunidades que se acham em constante interacção com estressores ambientais. Basicamente, o Modelo focaliza a reacção do cliente ao stress e os factores de reconstituição ou adaptação. É considerado um modelo adequado, tanto para a Enfermagem quanto para todas as profissões de cuidados à saúde”.

O Modelo de Sistemas de Betty Neuman trabalha a Pessoa, o Ambiente, a Saúde/Bem-estar e a Enfermagem como conceitos chave.

Neuman defende a filosofia da "abordagem total da Pessoa", como um sistema de cliente, que é multidimensional e composta por variáveis: fisiológicas, psicológicas, socioculturais, de desenvolvimento (que se referem às tarefas de cada etapa do ciclo vital) e espirituais.

Este Modelo é fundamentado na teoria geral de sistemas, sendo evidente na descrição do meta-paradigma da Pessoa, definido por Neuman como um sistema organizado. A Pessoa possui uma estrutura básica, o **Core**, onde se encontram os factores básicos da sobrevivência comuns a todos os seres humanos. Esta estrutura é uma fonte de energia pessoal que se encontra rodeada por três linhas: **Linhas de Resistência (LR)**, **Linha Normal de Defesa (LND)** e **Linha Flexível de Defesa (LFD)**.

Os primeiros círculos ou linhas que circundam o **core** são as **LR** (sistema de resposta imunológica), que possuem como função ajudar o indivíduo a manter o equilíbrio e a harmonia entre os factores externos e internos do Ambiente. Estas linhas tornam-se activas quando a **LND** é quebrada por factores de *stress*.

A linha seguinte é a **LND**, que representa os processos adquiridos pela Pessoa ao longo da vida, incluindo a inteligência, a atitude face à vida, a capacidade de resolução de problemas e a capacidade de os enfrentar. Quando esta linha é invadida o **core** reage, podendo produzir sintomas de instabilidade ou doença, diminuindo a capacidade do sistema de se proteger contra outros factores de *stress*.

Por fim, a **LFD** funciona como amortecedor da **LND**. Esta linha é dinâmica e pode alterar-se rapidamente, consoante o estado fisiológico, psicológico, sociocultural, espiritual ou de desenvolvimento. Quanto mais se afastar da **LND**, maior é a protecção que proporciona.

No Modelo de Neuman é fundamental o conceito de interacção constante entre a Pessoa e o Ambiente, identificando-os como fenómenos básicos.

Citada por George (1993), Neuman define Ambiente como forças e variáveis internas e externas que circundam os seres humanos em qualquer ponto no tempo, que podem afectar o **core**, sendo a variação dependente das necessidades e motivações individuais. Essas forças são denominadas por factores de *stress*.

Os agentes *stressores*, que são essenciais no Modelo, fazem parte do Ambiente. Essas forças ou agentes *stressores* podem ocorrer na própria Pessoa (intrapessoais), entre um ou mais indivíduos (interpessoais) e fora da Pessoa (extrapessoais). Neuman defende ainda que os agentes *stressores* na sua ausência são neutros, mas a interacção com os mesmos pode ser benéfica ou nociva, positiva ou negativa, dependendo da resposta da Pessoa à invasão das **LFD** e **LND**.

A Enfermagem centra-se na Pessoa, inserida na família e na sociedade. Neuman define Enfermagem como uma “profissão única” que tem a ver com todas as variáveis que afectam as respostas da Pessoa aos factores de *stress*.

O principal objectivo de Enfermagem é prestar assistência à Pessoa, de modo a reter e obter a estabilidade do sistema, ou seja, a Enfermagem assiste a Pessoa, família/grupos e comunidade a obter um nível máximo de bem-estar. Para o atingir são realizadas intervenções intencionais, com vista à redução dos factores de *stress* e condições adversas que podem afectar o funcionamento excelente, em qualquer situação em que se encontra a Pessoa, actuando nos vários níveis de prevenção:

**Prevenção primária** - fortalece a **LFD**, que está em constante mudança em resposta a variáveis e agentes *stressores* suspeitos ou identificados.

**Prevenção secundária** - reforça a **LND**, que representa o equilíbrio da Pessoa. A intervenção do enfermeiro ocorre quando existe uma reacção ao agente de *stress*.

**Prevenção terciária** - contempla as linhas intermédias que rodeiam o **core**, para que este se mantenha estável após a agressão por factores de *stress* e previna ocorrências futuras, podendo levar o bem-estar para um nível superior ou inferior.

Estas diferenças no nível de bem-estar estão relacionadas com o reforço ou dano das capacidades das linhas de defesa, através da aquisição ou perda de capacidades para lidar com as agressões ambientais.

A grávida em trabalho de parto vivencia a dor causada pelas contracções uterinas que constitui um fenómeno que leva à estimulação do sistema por múltiplos *stressores*, maioritariamente negativos. Estes estímulos vão provocar respostas adaptativas no sistema através das reacções das **LFD** e **LND**, de forma a prevenir o desequilíbrio.

É essencial que o enfermeiro especialista estabeleça uma relação de confiança com a parturiente de forma a actuar nos três níveis de prevenção, com o objectivo de readquirir o equilíbrio do sistema e proporcionar a vivência positiva do trabalho de parto.

### 3. METODOLOGIA

#### 3.1. Revisão Sistemática da Literatura

De acordo com o modelo teórico eleito, bem como o meu interesse pessoal nesta temática, foram surgindo questões e ideias fundamentais para a elaboração de uma questão de partida para o estudo a realizar. Após este processo, a problemática deste estudo foi delineada, centrando-se nas intervenções não farmacológicas de alívio da dor que podem ser implementadas durante o trabalho de parto. A questão formulada como ponto de partida para a revisão sistemática da literatura é:

**“Quais os contributos das intervenções não farmacológicas do EESMOG, (como o uso da bola de parto, respiração controlada, massagem e hidroterapia) para o alívio da dor na parturiente?”**

“uma revisão da literatura apresenta um reagrupamento de trabalhos publicados relacionados com um tema de investigação. Examinam-se estas publicações para levantar tudo o que se reporta com a questão de investigação (...) e apreciar ao mesmo tempo as relações estabelecidas entre os conceitos, os resultados obtidos e as conclusões” (FORTIN, 2009, p. 87).

Através do formato de Questão PICO, (P – População; I – Intervenção; C – Comparação de Intervenções; O – *Outcomes*) considera-se:

- [P] – Parturiente;
- [I] – Intervenções não farmacológicas;
- [C] Não se considerou neste trabalho a comparação com outras intervenções
- [O] – Alívio da dor.

Foi realizada uma primeira revisão da literatura no motor de busca EBSCO *host*, através das bases de dados CINAHL *Plus with Full Text* e MEDLINE with Full Text. Mediante a pesquisa efectuada, e utilizando as palavras-chave *childbirth*, *nursing* e *labor pain*, foram encontrados os seguintes termos de pesquisa: *Childbirth*; *Midwifery*, *Labor*; *Management of labor*; *Nursing*; *Nursing Intervention*; *Nursing Assessment*; *Labor Pain*; *Pain*; *Childbirth Pain*. Numa fase posterior, as palavras-chave foram procuradas em texto integral, durante o mês de Junho de 2011,



referindo-se ao período de Janeiro de 2005 a Junho de 2011. Efectuou-se a conjugação dos 10 termos de pesquisa encontrados, agrupados por *OR* os que pertencem ao mesmo conceito e ligando aqueles que pertencem a conceitos diferentes por *AND* [*“Childbirth” OR “Midwifery” OR “Labor” OR “Management of Labor”*] *AND* [*“Nursing” OR “Nursing Interventimon” OR “Nursing Assessment”*] *AND* [*“Labor Pain” OR “Pain” OR “Childbirth Pain”*], tendo sido obtidos um total de 170 artigos: 122 artigos na MEDLINE e 48 artigos na CINAHL.

Segundo Fortin, “qualquer investigação implica um exame selectivo da documentação que se relaciona com o problema de investigação” (2009, p. 518). Neste sentido, foram definidos os seguintes critérios de inclusão:

- Artigos com publicação compreendida entre Janeiro de 2005 e Junho de 2011;
- Artigos publicados em português, francês, inglês, espanhol e alemão;
- Artigos disponíveis em texto integral e de carácter gratuito.

Os critérios de exclusão delineados foram:

- Título e/ou resumo dos artigos não concordantes com o objecto em estudo;
- Artigos em que o recurso a métodos como a respiração controlada, massagem, hidroterapia e bola de parto não tenha sido exclusivo e sem o intuito de aliviar a dor da parturiente.

Após a aplicação dos critérios referidos anteriormente, dos 170 artigos mencionados anteriormente foram extraídos 3 artigos no total. Adicionalmente, uma dissertação de mestrado e outra de doutoramento relacionadas com esta temática e consultadas anteriormente, foram incluídas a fim de contribuir para uma melhor consolidação da problemática em estudo.

Da leitura e análise dos documentos resultaram os quadros de síntese, para uma melhor compreensão e consulta dos resultados obtidos (Apêndice IV).

Durante o estágio com relatório senti necessidade de redigir algumas notas de campo, com o intuito de colher alguns dados resultantes das minhas interações

com as parturientes durante o estágio em sala de partos, que pudessem validar/confirmar os achados na rescisão da literatura efectuada.

Segundo Lessard, Goyette e Boutin (1994), as notas de campo são constituídas pela descrição de diversos elementos concretos da situação observada, complementada com informações acerca do local no qual evoluem os actores e a sua percepção, expectativas e necessidades relacionadas com a situação que vivem. Podem também ser realizadas anotações textuais das conversas estabelecidas com os intervenientes.

Assim, a observação participante é particularmente valiosa porque permite entrar numa situação e desenvolver uma compreensão mais completa da sua complexidade, possibilitando uma compreensão mais profunda e rica dos comportamentos humanos. É um método flexível que possibilita ao investigador uma nova conceptualização do problema, após a familiarização com a situação (POLIT e HUNGLER, 1995).

No decurso deste ensino clínico, apenas tive oportunidade de prestar cuidados especializados a duas parturientes que vivenciaram o seu trabalho de parto sem recurso a analgesia epidural, por sua opção, recorrendo apenas aos métodos não farmacológicos por mim apresentados neste trabalho como estratégias de alívio da dor. Destes dois casos, foram elaboradas notas de campo (Apêndice V), cujos resultados serão mobilizados na discussão dos resultados obtidos na revisão sistemática da literatura.

### **3.2. Considerações Éticas**

A investigação em saúde envolve seres humanos, motivo pelo qual levanta questões éticas e morais que entram em jogo desde o início do estudo. Quaisquer que sejam os aspectos estudados, a investigação deve ser conduzida no respeito pelos direitos da Pessoa. As decisões conformes à ética são as que se fundamentam sobre os princípios do respeito pela dignidade humana e pela beneficência (FORTIN, 2009).

Segundo a mesma autora, os princípios ou direitos fundamentais aplicáveis aos seres humanos nos protocolos de investigação são:

- **O respeito pelo consentimento** livre e esclarecido assenta no princípio segundo o qual a pessoa tem o direito e a capacidade de decidir livremente, com todo o conhecimento de causa, de participar ou não num estudo;
- **O respeito pelos grupos vulneráveis** exige a ausência de qualquer mau tratamento ou de qualquer discriminação e uma atitude de beneficência da parte dos investigadores;
- **O respeito pela vida privada e pela confidencialidade** das informações pessoais confere à pessoa o direito de conservar o anonimato e de receber a segurança que os dados colhidos se manterão confidenciais;
- **O respeito pela justiça e pela equidade** supõe que a escolha dos participantes deve estar directamente ligada ao problema em estudo e não motivada por questões de conveniência, e também que os participantes têm o direito de ser tratados de maneira justa e equitativa antes, durante e após o estudo;
- **O equilíbrio entra as vantagens e os inconvenientes** implica que sejam medidos os riscos potenciais de desconforto ou de prejuízo. Se os inconvenientes excederem as vantagens, será preferível não realizar o estudo. Pelo contrário, se as vantagens ultrapassam os inconvenientes, existem grandes possibilidades que o estudo respeite os princípios éticos;
- **A redução dos inconvenientes** decorre do princípio precedente, visto que visa suprimir ou diminuir os inconvenientes que a investigação pode apresentar para os participantes, correspondendo ao princípio da não maleficência;
- **A optimização das vantagens** decorre do princípio da beneficência, no sentido em que exige o bem das pessoas, procurando o maior número de vantagens possíveis.

Em Portugal foi constituído o Código Deontológico do Enfermeiro (OE, 1998), que se baseia em princípios éticos, aplicados aos cuidados de saúde, e fundamentais para a prática de enfermagem. Esses princípios são o princípio da Beneficência, Autonomia, Veracidade e Confidencialidade / Privacidade, dos quais decorre que o enfermeiro tem o dever de:

- Observar os valores humanos e proteger os direitos, porque a pessoa tem direito a ser cuidada sem discriminação e ver os seus direitos salvaguardados;
- Respeitar a integridade biopsicossocial, cultural e espiritual da pessoa e participar nos esforços profissionais para valorizar a vida e a qualidade de vida, porque a pessoa tem direito à vida;
- Cuidar com excelência e assegurar a continuidade de cuidados, porque a pessoa tem direito ao cuidado;
- Informar, porque a pessoa tem direito à autodeterminação;
- Sigilo, porque a pessoas tem direito à confidencialidade e à protecção da sua vida privada;
- Atentar aos sentimentos de pudor e interioridade, porque a pessoa tem direito à intimidade.

No decorrer deste estudo, não foi realizado trabalho de campo mas sim uma revisão de estudos realizados anteriormente e que tiveram por base os princípios éticos acima referidos. Este trabalho recorre à observação participante para a qual foram tidos em conta todos os aspectos deontológicos, bem como durante todo o período de prática clínica Estágio com Relatório.

Neste sentido, durante o exercício das minhas funções adoptei uma conduta responsável e ética, actuando no respeito pelos direitos e interesses legalmente protegidos dos cidadãos (REPE, 1998).

## 4. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Este capítulo destina-se à discussão dos resultados obtidos através da revisão sistemática da literatura e notas de campo que serão analisados à luz do modelo teórico de Betty Neuman. Todas as actividades desenvolvidas ao longo deste período de prática clínica que permitiram a obtenção dos resultados centraram-se nas competências definidas pela Ordem dos Enfermeiros no Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica e pela *International Confederation of Midwives*, procurando dar resposta aos objectivos definidos no Projecto de Estágio com Relatório (Apêndice I).

### 4.1. Prática Baseada na Evidência

A prática baseada na evidência consiste em “fazer bem as coisas certas” (GRAY citado por PEARSONS, M.; CRAIG, J., 2004, p. 4). Segundo os mesmos autores, “isto significa, não só fazer as coisas de uma forma mais eficaz e com os mais elevados padrões possíveis, mas também assegurar que o que é feito, é feito ‘bem’ – para que se obtenham mais resultados benéficos do que nocivos” (2004, p. 4).

Para atingir elevados padrões de qualidade nos cuidados prestados, Pearsons e Craig defendem que

“precisamos de bases em evidência para saber o que é ‘certo’ fazer; temos também de ter a certeza do estágio da trajectória de saúde ou de doença da pessoa para quem, a intervenção baseada na evidência, é indicada (...) O ponto chave aqui é que, se actuarmos de forma certa, a prática baseada na evidência ajudará a melhorar as experiências de cuidados na saúde e na doença das pessoas, o que uma prática de enfermagem bem estabelecida, já o faz” (2004, p. 4).

Desta forma, é necessário proceder a uma análise dos artigos encontrados a fim de traçar uma linha de conduta prática, que permita garantir um ambiente seguro durante o trabalho de parto e parto bem como promover o conforto e bem-estar da mulher, implementando intervenções de promoção, prevenção e controlo da dor (OE, 2010).

Adoptando uma postura que respeita esta filosofia, o Enfermeiro Especialista em Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica consegue alcançar o equilíbrio e a harmonia do **core**, reforçando numa primeira fase a **Linha Flexível de Defesa**, seguida da **Linha Normal de Defesa** e por fim a **Linha de Resistência**. Diversos factores internos e externos podem causar distúrbios do **core** em contexto de trabalho de parto, considerando-se que o medo da dor e a dor constituem a principal ameaça que requer uma intervenção personalizada e especializada.

Nesta mesma linha de pensamento, Davim, et al. afirmam que “com aplicações de estratégias não farmacológicas para o alívio da dor, o processo do trabalho de parto poderá ser menos doloroso, menos tenso” (2008, p. 607).

As unidades de registo corroboram estas premissas: “**estive muitas horas em trabalho de parto, as dores foram muitas e não me deram nada para aliviar**” (Apêndice V – NC I), verificando-se a necessidade de implementar estratégias para reforçar as linhas de defesa e acima de tudo a **LR**, a fim de influenciar o **core** a não conotar o trabalho de parto de forma negativa, possuindo ferramentas de alívio da dor para intervir atempadamente no caso de uma futura gravidez e trabalho de parto.

Desta forma, Porfírio, Progiante e Souza afirmam que

“na abordagem do desconforto ou dor durante o trabalho de parto e parto, mesmo sendo este um sentimento subjectivo, onde cada mulher vivencia a dor de um modo pessoal e adaptativo, as intervenções não farmacológicas podem ajudar a reduzir as percepções dolorosas, alterando essa resposta na maioria das parturientes” (2010, p. 334).

Relativamente à respiração controlada, Porfírio, Progiante e Souza (2010) concluíram que esta técnica pode transmitir calma e tranquilidade que proporciona à mulher um momento de introspecção e concentração. Neste sentido, as enfermeiras que participaram no estudo consideraram a respiração controlada uma prática adequada desde o início do trabalho de parto, com a finalidade de acalmar e relaxar a parturiente.

Antes de recorrer à respiração controlada, a dor foi avaliada no nível 5 através da Escala Numérica da Dor, tendo reduzido para o nível 3 após a realização da técnica,

tendo a parturiente afirmado: “**Sinto-me um bocado mais aliviada!**” (Apêndice V – NC I).

Neste sentido, Porfírio, Progianti e Souza afirmaram que

“as repercussões emocionais e subjectivas podem afetar o padrão respiratório, da mesma forma que a lógica inversa também pode ocorrer. Sendo assim, a orientação para uma respiração tranquila tem por finalidade favorecer a conscientização corporal, e desta maneira, relaxar a parturiente, reduzindo a ansiedade, a tensão e os medos do processo de parturição, além de favorecer a efectividade das trocas gasosas feto-placentária” (2010, p. 335).

Torna-se evidente que, ao implementar métodos de alívio da dor tal como a respiração controlada, o EESMOG consegue actuar em vários níveis de prevenção. Ao reconhecer a necessidade de intervir pela manifestação de medo da dor, são identificados os *stressores* que podem causar desequilíbrio no **core**, sendo desta forma reforçada a **LFD** que se encontrava fragilizada pelos receios que representavam uma ameaça para a estabilidade do **core** do sistema. As **LND** são reforçadas através da implementação de um padrão respiratório controlado que proporciona à parturiente um alívio da dor, traduzindo-se na sua avaliação pela END que reduz a percepção da dor de nível 5 para nível 3 (Apêndice V – NC I).

No que diz respeito à massagem, Porfírio, Progianti e Souza (2010) concluíram que a sua realização, quer seja através de mãos ou aparelhos vibratórios, com maior ou menor intensidade, podem provocar alívio do desconforto durante o trabalho de parto.

Nesta mesma linha de pensamento, Chang, Chen e Huang (2006) adiantaram que a massagem não altera as características da dor mas alivia a sua intensidade entre os 3 e os 7 cm de dilatação, sendo que a sua eficácia diminui à medida que a dilatação cervical aumenta, não tendo qualquer influência entre os 8 e os 10 cm de dilatação.

Os mesmos autores citaram McCaffery e Beebe, ao afirmar que

“massage is one alternative pain management technique for which there is some evidence of effectiveness. It is a cost-effective nursing intervention and may be an ideal way to involve the laboring woman’s partner in the labor process” (2006, p. 191).

De facto, ao beneficiar de uma massagem realizada pelo parceiro, as **LFD** e **LND** foram fortalecidas, garantindo condições de equilíbrio e harmonia do **core**, o que levou a parturiente a afirmar: **“A massagem no fundo das costas sabe muito bem, parece que alivia a pressão que sinto durante a contracção.”** (Apêndice V – NC I).

No que concerne à hidroterapia, Porfírio, Proganti e Souza defendem que

“pode promover uma aceleração da dilatação do colo uterino, um maior bem-estar materno, reforçando assim uma favorável condução do trabalho de parto, o que provavelmente reduzirá os níveis de adrenalina, auxiliando na progressão favorável do parto. Além disso, o calor da água promove o relaxamento da musculatura ao se diminuir a secreção de adrenalina, o que promove uma dilatação cervical mais rápida e eficiente” (2010, p. 333).

Ao longo do ensino clínico, implementei a hidroterapia como método de alívio da dor a 2 parturientes que apresentavam sintomas de instabilidade do **core** por invasão pelo *stressor* dor da **LND** e seu amortecedor **LFD**.

Fiquei radiante com os benefícios evidenciados ao restituir ao **core** a sua estabilidade, reforçando as linhas de defesas invadidas: **“Sinto as contracções mas a dor já não é tão intensa. Sabe bem sentir a água!”** (Apêndice V – NC I) e **“Sinto-me muito melhor com a água, tenho menos dor!”** (Apêndice V – NC II). Concomitantemente ao significativo alívio da dor, a dilatação cervical nestas parturientes também evoluiu favoravelmente. Em ambas as situações, foi avaliada a cervicometria antes e após a implementação da hidroterapia por um período de cerca de 20 a 30 minutos, tendo no primeiro caso (Apêndice V – NC I) a dilatação evoluído de 4 para 8 cm e no segundo (Apêndice V – NC II) de 4 para 9 cm.

A avaliação das médias de intensidade da dor antes e após a aplicação de hidroterapia aos 8 e 9 cm de dilatação cervical revela uma diferença significativa no alívio da dor após a sua aplicação, demonstrando uma redução do nível de dor à medida que aumentava a dilatação do colo uterino. Pode-se então concluir que este método é eficaz e efectivo no alívio da intensidade da dor da parturiente em fase activa do trabalho de parto (DAVIM, R.; et al.).



Porfírio, Progiante e Souza (2010), realizaram um estudo que visava estudar as práticas humanizadas desenvolvidas por enfermeiras obstetras. Puderam concluir que as enfermeiras reconheciam a hidroterapia como um valioso instrumento que promove o relaxamento da parturiente e interfere com a progressão do trabalho de parto.

Através da análise da minha prática durante o estágio com relatório foi possível comprovar estas premissas, tendo podido constatar que o alívio do nível da dor avaliada com recurso à END teve uma evolução significativa do nível 9 para nível 5 (Apêndice V – NC I), e de nível 7 para nível 4 (Apêndice V – NC II).

Comparativamente, a bola de parto também evidenciou benefícios durante o trabalho de parto. Este instrumento constitui uma estratégia válida cujo emprego permite exercer influência a nível das linhas de defesa e promover conforto à parturiente, proporcionando desta forma uma estado equilibrado e harmonioso ao **core**.

**“Estou a gostar da bola, posso descansar entre as contracções e ajuda-me a tolerar melhor a contracção.”** (Apêndice V – NC I), foi uma das vantagens referenciada, tendo manifestado um alívio da dor na parturiente que a avaliou na END no nível 6 antes do uso da bola e no nível 4 após a sua implementação.

Silva (2010) concluiu no seu estudo que uma grande percentagem das enfermeiras orienta para o uso da bola de parto com o intuito de prevenir e controlar a dor da parturiente. A maioria associa o recurso à bola de parto a outro método não farmacológico, sendo o mais frequente a hidroterapia.

Nesta mesma linha de pensamento, Davim, et al. afirmam que “o uso da bola pode ser associado a outros recursos para o alívio da dor, como o banho quente no chuveiro e a massagem lombar” (2010, p. 602).

Verificou-se uma diferença significativa nas médias de intensidade da dor das parturientes antes e após a aplicação das estratégias não farmacológicas combinadas (exercícios respiratórios, relaxamento muscular e massagem lombossagrada) aos 6, 8 e 9 cm e da hidroterapia aos 8 e 9 cm de dilatação cervical. O percentual de alívio da dor após a aplicação da combinação de métodos não

farmacológicos e hidroterapia revelou uma redução da eficácia proporcional ao aumento da dilatação do colo uterino, sendo maior aos 6 cm e menor aos 9 cm de dilatação (DAVIM, 2006).

Efectivamente, os métodos não farmacológicos de alívio da dor podem ser aplicados em conjunto, traduzindo-se num maior nível de conforto e alívio da dor. Durante a minha prática durante o estágio tive oportunidade de aplicar a respiração controlada, associada à bola de parto e complementada com a massagem lombossagrada realizada pelo parceiro, que revelou uma redução da dor do nível 6 na END para nível 3 (Apêndice V – NC I).

A minha prestação de cuidados especializados enquanto futuro EESMOG nas duas situações relatadas em NC, centrou-se nos vários níveis de prevenção definidos por Neuman.

Numa primeira fase identifiquei os receios que afligiam a parturiente, nomeadamente o medo da dor durante o trabalho de parto. A prevenção primária cingiu-se à educação para a saúde, tendo esclarecido sobre as várias formas de aliviar a dor durante o trabalho de parto, em resposta à identificação dos agentes *stressores*. Desta forma foi fortalecida a **LFD** que se encontrava mais débil pelos medos manifestados que representavam uma ameaça para a estabilidade do **core** do sistema (Apêndice V – NC I). O **core** pode também revelar uma **LFD** fortalecida. No entanto as **LFD** podem alterar-se rapidamente, mediante o estado fisiológico, psicológico, sociocultural, espiritual ou de desenvolvimento do **core** (Apêndice V – NC II).

A prevenção secundária baseou-se na implementação dos métodos não farmacológicos de alívio da dor propostos e negociados com o **core**. Foi possível proporcionar à parturiente um alívio significativo da dor e conforto durante o trabalho de parto. Estes resultados foram possíveis mediante um reforço das **LND** que se traduziu num padrão de bem-estar do **core** (Apêndice V – NC I e II).

Na prevenção terciária ocorre um reforço da **LR** para que o **core** se mantenha estável após a agressão por factores de *stress* e previna ocorrências futuras. Neste

sentido, decerto que o **core** adquiriu ferramentas de alívio da dor que lhe permitirão intervir atempadamente no caso de uma futura gravidez e trabalho de parto.

Toda a intervenção de enfermagem tem por objectivo permitir o retorno à estabilidade e equilíbrio do **core** do sistema que nestes casos se traduziram numa vivência positiva do trabalho de parto.

É fundamental que o papel do EESMOG seja inovador, paciente e compreensivo, a fim de permitir às parturientes o desempenho de um papel activo durante o trabalho de parto e intervir quando necessário com o objectivo principal de garantir o bem-estar e estabilidade do **core**.

Segundo Craig (2004, p. 43) “o sucesso ou insucesso da prática de enfermagem baseada explicitamente na melhor evidência depende da confiança dos enfermeiros em desafiar os métodos, tanto novos como os estabelecidos, de cuidar dos doentes”.

Seguindo esta mesma filosofia, no início de todo este processo formativo investiguei e procurei aprofundar os meus conhecimentos acerca dos métodos não farmacológicos. Analisei e reflecti acerca dos resultados obtidos nos artigos resultantes da minha pesquisa, constituindo desta forma uma linha de conduta que procurei fosse baseada na evidência. Ao desafiar e implementar essa mesma linha de conduta, consegui obter os resultados acima expostos e analisados.

## 4.2. Limitações ao Estudo

Ao longo de todo o desenvolvimento deste trabalho, procurei assegurar o maior rigor metodológico possível. No entanto foram identificadas algumas limitações que importa referir.

A principal dificuldade com que me deparei foi a escassez de oportunidades que tive prestar cuidados a parturientes que não desejassem analgesia epidural para alívio da dor durante o trabalho de parto. Este obstáculo foi colmatado com troca de impressões e experiências com os EESMOG do serviço, no sentido de conhecer os benefícios que foram evidenciados com recurso a métodos não farmacológicos de alívio da dor em outras parturientes a quem prestaram cuidados.

Outro desafio com o qual me deparei foi a aparente ausência de sensibilidade para o uso de estratégias naturais de alívio da dor por parte da maioria dos EESMOG do serviço e consequentemente das parturientes que cuidavam. Não é fácil, enquanto aluno do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia, tentar actuar seguindo uma filosofia de cuidados distinta da preconizada pelos profissionais do serviço onde se encontra a estagiar. No entanto, tive a sorte de ser orientado por uma EESMOG que partilha a mesma linha de pensamento sobre a actuação do ESMOG na assistência ao parto de uma forma mais natural, e com muita experiência na área.

Deste modo, tive oportunidade de implementar as actividades delineadas para este estágio no âmbito da promoção do conforto e alívio da dor da parturiente e atingir os objectivos propostos no início do estágio.

No que diz respeito à falta de sensibilização das utentes para o parto natural, sem intervenção medicalizada, pude conversar com elas a fim de tentar perceber as suas motivações e ideais. As expectativas do casal relativamente ao trabalho de parto e parto são construídas ao longo da gravidez e de certa forma influenciadas pela preparação que foram realizando para estes momentos. Neste sentido, a sensibilização das grávidas para um parto natural deve partir desde o início da gravidez, nas consultas de vigilância e nos cursos de preparação para o nascimento.

Torna-se importante salientar que, apesar das dificuldades apresentadas ao longo deste processo, consegui ultrapassá-las, delineando estratégias para as colmatar de forma a não prejudicar o meu processo formativo enquanto futuro EESMOG.

### **4.3. Implicações para a Prática**

A Maternidade Dr. Alfredo da Costa, local onde foi realizado o estágio com relatório, tem como Missão a garantia da saúde global da mulher, a segurança na gravidez e no parto e o competente acolhimento do recém-nascido para a vida (MAC, 2007).

As intervenções não farmacológicas no alívio da dor da parturiente constituíram um factor importante para a qualidade dos cuidados especializados de enfermagem, indo ao encontro da missão estabelecida pela instituição, nomeadamente no que

respeita à saúde global da mulher e à segurança do trabalho de parto. No entanto, através de uma reunião formal com a Enfermeira Chefe da Sala de Partos, foi possível apurar que as referidas medidas não constituem actualmente uma realidade efectiva. Neste contexto assenta a pertinência e importância deste trabalho, implementando estratégias para alterar a linha de conduta dos EESMOG.

Segundo o enunciado do Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica (OE, 2010) é da função do EESMOG, entre outras, garantir um ambiente seguro durante o trabalho de parto e parto, promover o conforto e o bem-estar da mulher grávida, bem como cooperar com outros profissionais na implementação de intervenções de promoção, prevenção e controlo da dor, informação, ensino e apoio (individual ou em grupo). Torna-se desta forma fácil compreender o seu papel preponderante no alívio e controlo da dor da parturiente durante o trabalho de parto.

Na mesma linha de pensamento, a *ICM* define que o EESMOG tem de demonstrar conhecimentos acerca das medidas de conforto durante o primeiro e segundo estágio do trabalho de parto como por exemplo: a presença de uma pessoa significativa, posições a adoptar durante o trabalho de parto e parto, hidratação, suporte emocional e métodos não farmacológicos de alívio da dor. A *ICM* enuncia ainda que é da competência do EESMOG a implementação dos métodos não farmacológicos adequados durante o trabalho de parto e parto. Estas técnicas constituem uma ferramenta extremamente útil e eficaz e que, de uma forma mais ou menos elaborada, se encontram sempre à disposição do EESMOG.

Com o objectivo de divulgar os achados da pesquisa que efectuei, realizei uma acção de sensibilização para os pares a fim de permitir uma introdução progressiva na realidade efectiva da prestação de cuidados especializados de técnicas como o recurso à respiração controlada, massagem, hidroterapia e bola de parto e com resultados positivos evidenciados na experiência de parto.

De forma a sustentar a alteração da filosofia de cuidados dos EESMOG, foi constituído um grupo de trabalho pela EESMOG Catarina Alves, EESMOG Marta Figueiredo e por mim, com o objectivo de elaborar uma norma de procedimento acerca da implementação dos métodos não farmacológicos de alívio da dor

estudados (Apêndice VI). A referida norma aguarda aprovação superior para a consecução da sua implementação no serviço de urgência da MAC.

No sentido de dar a conhecer às parturientes os métodos não farmacológicos de alívio da dor passíveis de ser implementados no contexto da sala de partos da MAC, estruturei um álbum seriado que pode constituir também um documento de consulta para os EESMOG que prestam cuidados naquele serviço (Apêndice VII).

Recorrendo a métodos mais simples e acessíveis, como sejam a respiração controlada e a massagem, até aos mais complexos (necessitando de materiais/ acessórios nem sempre disponíveis, ou necessitando de formação específica) como sejam a hidroterapia ou o uso da bola de parto, o EESMOG pode actuar de uma forma mais completa e gratificante no sentido da promoção do conforto, bem-estar e saúde da parturiente, minimizando os desconfortos e a dor durante o trabalho de parto e parto.

Assim, o EESMOG desempenhará o seu papel de uma forma substancialmente mais rica, mais completa, optimizando a condição de saúde da mulher grávida bem como o seu bem-estar na sua dimensão holística, promovendo um ambiente mais calmo e tranquilo, potenciador de uma vivência positiva do trabalho de parto e parto.

## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A prestação de cuidados no âmbito da Saúde Materna e Obstétrica implica o domínio de um conjunto de saberes específicos que não devemos negligenciar, de forma a tornar eficiente e eficaz a intervenção da Enfermagem, enquanto disciplina do conhecimento, e o desempenho do Enfermeiro enquanto profissional de saúde. Posso afirmar que tudo o que consegui realizar no decurso deste processo formativo e que ficou registado neste relatório, (embora a escrita nunca consiga ser totalmente fiel às vivências e desempenhos!), considero ter contribuído para um período de aprendizagem francamente positivo e enriquecedor, não só no aperfeiçoamento de competências técnico-científicas, como também no desenvolvimento das competências relacionais, tão importantes em obstetrícia como em todas as outras áreas da enfermagem.

Considero que ao longo de todos os ensinamentos clínicos revelei um desempenho positivo, baseado na criatividade, iniciativa, autoconfiança e capacidade de reflexão crítica, que me permitiu adquirir e desenvolver competências específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica, definidas pela Ordem dos Enfermeiros. Desenvolvi um conjunto de competências técnicas, científicas e relacionais que me permitiram cuidar da mulher no âmbito do planeamento familiar e durante o período pré-concepcional, período pré-natal, trabalho de parto, período pós-natal, climatério e a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica, promovendo a saúde e o bem-estar da mulher e recém-nascido ao prestar cuidados de qualidade, culturalmente sensíveis e congruentes com as necessidades do grupo-alvo (OE, 2010).

Quanto ao tema de destaque do meu relatório pode-se afirmar que a dor está culturalmente ligada ao parto: “Parirás na dor” ou “Nascido sem dor, criado sem amor” são frases interiorizadas por muitas mulheres na cultura ocidental. No entanto, com o evoluir dos tempos, a atitude passiva das mulheres perante a dor do trabalho de parto foi abandonada. Foram estudadas várias formas de alívio da dor e é nesta óptica que se insere o recurso aos métodos não farmacológicos.

A aplicação de métodos não farmacológicos em parturientes proporciona alívio da dor e contribui para a redução da necessidade de fármacos, permitindo que a

parturiente e família vivenciem a experiência do trabalho de parto de forma mais natural e positiva (OMS, 1996).

Relativamente aos métodos não farmacológicos estudados, como a respiração controlada, a massagem, a hidroterapia e a bola de parto, podem ser destacados vários benefícios do seu uso durante o trabalho de parto:

A respiração controlada favorece o relaxamento da parturiente e desvia o seu foco de atenção, permitindo a melhor oxigenação fetal e do útero.

A massagem, por sua vez, promove o relaxamento da mulher, alivia a dor, diminui o desconforto e reduz a ansiedade.

Os benefícios da hidroterapia durante o trabalho de parto passam por promover o relaxamento da grávida, aliviar a dor, diminuir o desconforto, reduzir a ansiedade, aliviar a sensação de peso fetal e facilitar a descida da apresentação na pelve materna. Desta forma, para além de actuar a nível da dor da parturiente, também interfere positivamente na progressão fisiológica do trabalho de parto.

A bola de parto permite à parturiente adoptar uma posição vertical durante o trabalho de parto, aliviando a dor e o desconforto. Permite ainda reduzir a ansiedade, prevenir o cansaço e a tensão muscular uma vez que a mulher pode alternar de posição na bola sempre que o desejar. Este instrumento permite a movimentação livre da região pélvica, facilitando desta forma o encaixe da apresentação fetal na pelve materna.

Assim, é possível centrar a actuação do enfermeiro especialista nos três níveis de prevenção citados por Neuman e reforçar numa primeira fase a **Linha Flexível de Defesa** seguida da **Linha Normal de Defesa** e por fim a **Linha de Resistência**, garantindo desta forma a estabilidade, o equilíbrio e a harmonia do **core** do sistema.

Deste modo, o EESMOG possui várias estratégias que lhe permitem desempenhar o seu papel de uma forma substancialmente mais rica, mais completa, optimizando a condição de saúde da grávida bem como o seu bem-estar na sua dimensão holística, promovendo um ambiente mais calmo e tranquilo, potenciador de uma vivência positiva do trabalho de parto.















No entanto estas práticas ainda não constituem uma realidade efectiva em todas as salas de parto. Ao longo do meu ensino clínico, tentei despertar os pares para esta temática, ao realizar uma acção de sensibilização, elaborar um álbum seriado e construir uma norma de procedimento para sustentar a prática do recurso a métodos não farmacológicos de alívio da dor. Estas intervenções podem ser consideradas tão insignificantes como uma gota de água no oceano mas acredito que a soma de muitas gotas poderá fazer a diferença. Sermos inovadores e criativos na nossa área de especialidade promove a visibilidade da profissão em geral, e estimula a autonomia e o sucesso da intervenção do enfermeiro especialista.

A elaboração deste relatório revelou-se muito gratificante uma vez que espelha o caminho que tracei, tendo em consideração os meus objectivos, interesses, ambições e características pessoais enquanto futuro enfermeiro especialista. Acredito que foi um instrumento fundamental para a minha aprendizagem e desenvolvimento pessoal e profissional, na medida em que me permitiu reflectir e analisar as actividades que implementei a fim de adquirir as competências técnicas, científicas e relacionais específicas do EESMOG, visando a consecução do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia.









A nível profissional e pessoal, este processo formativo teve um grande impacto no sentido em que pretendo enveredar pela carreira profissional no contexto de uma sala de partos, uma vez que neste âmbito me senti realizado e completo. Sinto que recai sobre mim uma grande responsabilidade para o futuro, pois tenho agora a obrigação moral e profissional de promover, junto dos pares e parturientes e seus acompanhantes, estratégias para um parto mais natural e humanizado, recorrendo nomeadamente a métodos não farmacológicos de alívio da dor. Estou disposto a abraçar este desafio, pois com a consecução do mesmo, acredito que se possa promover uma forma mais natural e fisiológica de Nascer, deixando para trás as persistentes vertentes mecanizadas e sobre-medicalizadas.

A Enfermagem é uma arte, e como futuro enfermeiro especialista pretendo exercê-la de forma íntegra, científica, consciente e humanizada, de modo a que estes pequenos grandes pormenores possam fazer a diferença no modo como se nasce em Portugal!

## 6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

-  BACHMAN, J. A. – **Controlo do desconforto**. In: LOWDERMILK, D.L. – **Enfermagem na Maternidade**. 7ª ed. Loures: Lusodidacta, 2008. ISBN 978-989-8075-16-1.
-  BRANDEN, P. – **Enfermagem Materno-infantil**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso Editores, 2000.
-  CARRIÈRE, B. – **Bola suíça: teoria, exercícios básicos e aplicação clínica**. São Paulo: Manole, 1999.
-  CHANG, M.; CHEN, C.; HUANG, K. – **A Comparison of Massage Effects on Labor Pain Using the McGill Paun Questionnaire** [em linha]. In: **Journal of Nursing Research**. Vol. 14, nº 3. (2006) p.190-197. Acedido em: 15/06/2011. Retrieved from EBSCOhost.
-  COSTA, L. – **Massagem: mente e corpo**. Porto: Civilização Editores, 2004.
-  CRAIG, J.; SMYTH, R. – **Prática Baseada na Evidência: Manual para Enfermeiros**. Loures: Lusociência, 2004. ISBN 972-8383-61-4.
-  DALE, B.; ROBER, J. – **Exercícios de Preparação para o Parto**. Lisboa: Publicações Dom Quixote, 1993.
-  DAVIM, R. – **Avaliação da Efetividade de Estratégias não Farmacológicas para o Alívio da Dor de Parturientes na Fase Ativa do Período de Dilatação no Trabalho de Parto**. Rio Grande do Norte: Universidade Federal do Rio Grande do Norte, 2006. Tese de Doutoramento em Ciências da Saúde.
-  DAVIM, R.; et al. – **Banho no chuveiro como estratégia não farmacológica no alívio da dor de parturientes** [em linha]. In: **Revista Eletrônica de Enfermagem**. Vol. 10, nº 3. (2008) p. 600-609. Acedido em: 15/06/2011. Retrieved from EBSCOhost.
-  DECRETO-LEI nº 161/96. **Diário da República I Série A**. 205 (96-09-04) 2959-2962.
-  DENISON, B. – **O Toque Terapêutico**. In: **Revista Servir**, Vol. 46, nº 1. (1998).
-  ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA - Centro de Documentação e Informação. **Guia de Orientador para a Elaboração de Trabalhos Escritos, Bibliografias e Citações**. 2010. Acessível na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Lisboa, Portugal.

- 📖 ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA – **Documento Orientador da Unidade Curricular Estágio com Relatório**. Lisboa: Ano Lectivo 2011/2012.
- 📖 FORTIN, M.F.- **O processo de investigação: da concepção à realização**. Loures: Lusodidacta, 2009. ISBN 972-8383-18-5.
- 📖 GEORGE, Julia B.; et al. – **Teorias de Enfermagem: Os fundamentos para a prática profissional**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993. CDU 616-083.
- 📖 GERMAIN, B.; PARÉS, N. – **Parir en movimiento: Las movilidades de la pélvis en el parto**. Barcelona: La Liebre de Marzo, 2007.
- 📖 GRAÇA, M. – **Medicina Materno Fetal**. 4ª ed. Lisboa: Lidel, 2010. ISBN 978-972-757-654-8.
- 📖 INTERNATIONAL CONFEDERATION OF MIDWIFES – **Compétences essentielles pour la pratique de base du métier de sage-femme**. The Hague: International Confederation of Midwives, 2010. Acedido em 20 de Julho de 2011. Disponível em: <http://www.internationalmidwives.org/Portals/5/2011/Global%20Standards/Essential%20Competencies%20FRE.pdf>
- 📖 LESSARD, M.; GOYETTE, G.; BOUTIN, G. – **Investigação qualitativa: fundamentos e práticas**. Lisboa: Instituto Piaget, 1994. ISBN 972-9295-75-1.
- 📖 LOWDERMILK, D.L. – **Enfermagem na Maternidade**. 7ª ed. Loures: Lusodidacta, 2008. ISBN 978-989-8075-16-1.
- 📖 MACHADO, M. H. (2005) – **Trabalho de Parto: fisiologia, divisão clínica e mecanismo geral**. In: GRAÇA, M. **Medicina Materno-Fetal**. 4ª ed. Lisboa: Lidel, 2010. ISBN 978-972-757-654-8.
- 📖 MERCER, J.; et al. – **Nuchal Cord Management and Nurse-Midwifery Practice** [em linha]. In: **Journal of Midwifery & Women's Health**. Vol. 50, nº 5. (2005) p. 373-379. Acedido em: 13/07/2012. Disponível em: [www.jmwh.org](http://www.jmwh.org)
- 📖 ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna, obstétrica e ginecológica**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2010.
- 📖 ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE – **Assistência ao parto normal: um guia prático: relatório de um grupo técnico**. Genebra: Organização Mundial de Saúde, 1996. Acedido em 13 Junho de 2011. Disponível em: [http://www.bionascimento.com/index2.php?option=com\\_content&do\\_pdf](http://www.bionascimento.com/index2.php?option=com_content&do_pdf)

-  POLIT, D.; HUNGLER, B.; – **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**. 3ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995. ISBN 85-7307-101-X.
-  PONTE, M. – **Gestão da dor: Estratégias de alívio da dor em grávidas a induzir o parto**. Évora: Universidade de Évora, 2011. Tese de Doutoramento em Enfermagem.
-  PORFÍRIO, A.; PROGIANTI, J.; SOUZA, D. – **As práticas humanizadas desenvolvidas por enfermeiras obstétricas na assistência ao parto hospitalar** [em linha]. In: **Revista Eletrônica de Enfermagem**. Vol. 12, nº 2. (2010) p. 331-336. Acedido em: 15/06/2011. Retrieved from EBSCOhost.
-  REZENDE, J. – **O Parto: Estudo Clínico e Assistência – A Dilatação e a Expulsão**. 10ª ed. Rio de Janeiro: Ed.Guanabara Koogan, 2005.
-  ROXO, J. – **O Toque: Inserir para Cuidar**. In: Revista Sinais Vitais. Coimbra. (2003).
-  SILVA, L. M. – **Utilização da bola suíça na assistência ao parto nos serviços públicos do município de São Paulo**. São Paulo: Universidade de São Paulo, 2010. Tese de Mestrado em Enfermagem. Acedido em 17 de Julho de 2011. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7141/tde-23062010-092554/pt-br.php>
-  VELLAY, P. – **A vida sexual da Mulher. O método psicoprofiláctico do parto sem dor**. 8ª ed. Lisboa: Editorial Estampa, 1998.
-  ZELLING, E. – **Overcoming the challenges: Maternal movement and positioning to facilitate labor progress**. In: **Am J. Matern Child Nurse**, Vol. 35, nº 2. (2010).

## **APÊNDICES E ANEXOS**

## **Apêndice I**

*Projecto de Estágio com Relatório*



**ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM  
DE LISBOA**

**2º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde  
Materna e Obstetrícia**

**A Intervenção não Farmacológica no  
Alívio da Dor da Parturiente  
- Um Cuidado Especializado de Enfermagem -**

**Lisboa, Fevereiro de 2012**



**ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM  
DE LISBOA**

**2º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde  
Materna e Obstetrícia**

**A Intervenção não Farmacológica no  
Alívio da Dor da Parturiente  
- Um Cuidado Especializado de Enfermagem -**

**Projecto de Estágio com Relatório**

Realizado por:

Daniel Rodrigues nº 3830

Docente Orientadora:

Enf.ª Luísa Sotto-Mayor

**Lisboa, Fevereiro de 2012**



# ÍNDICE

<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>4</b>
<b>1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO .....</b>	<b>6</b>
1.1. TRABALHO DE PARTO.....	6
1.2. DOR NO TRABALHO DE PARTO .....	6
1.3. MÉTODOS NÃO FARMACOLÓGICOS DE ALÍVIO DA DOR.....	7
1.3.1. <i>Respiração Controlada</i> .....	8
1.3.2. <i>Massagem</i> .....	9
1.3.3. <i>Hidroterapia</i> .....	9
1.3.4. <i>Bola de Parto</i> .....	10
1.4. PAPEL DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM SAÚDE MATERNA E OBSTETRÍCIA ..	11
1.5. MODELO TEÓRICO DE BETTY NEUMAN .....	12
<b>2. PLANEAMENTO DO TRABALHO DE CAMPO .....</b>	<b>16</b>
2.1. OBJECTIVOS.....	16
2.2. METODOLOGIA .....	17
2.2.1. <i>Descrição do Processo de Trabalho</i> .....	17
2.2.2. <i>Considerações Éticas</i> .....	18
2.2.3. <i>Implicações para a Prática de Enfermagem</i> .....	19
<b>3. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>21</b>
<b>4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>23</b>
<b>APÊNDICES .....</b>	<b>25</b>
APÊNDICE I .....	26
APÊNDICE II .....	30
APÊNDICE III .....	34
APÊNDICE IV .....	37
APÊNDICE V .....	44
APÊNDICE VI .....	46
<b>ANEXOS .....</b>	<b>49</b>
ANEXO I .....	50

## INTRODUÇÃO

No âmbito da Unidade Curricular Estágio com Relatório, inserida no plano de estudos do 2º ano do 2º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia (CMESMO), foi-me proposta a elaboração de um trabalho em torno de uma problemática pertinente para a prática de enfermagem especializada.

O tema a abordar será o da dor da parturiente e o alívio da mesma. A dor está culturalmente ligada ao parto: “Parirás na dor” ou “Nascido sem dor, criado sem amor” são frases interiorizadas por muitas mulheres na cultura ocidental. Uma grande parte daquilo que é considerado natural na gravidez, não o é, mas sim o resultado da cultura da sociedade onde se está inserido (KITZINGER, 1984).

A dor durante o trabalho de parto é universal e torna-se impossível de quantificar a sua intensidade uma vez que é subjectiva e vivenciada de forma distinta por cada mulher. Segundo o Manual da Maternidade Segura (Organização Mundial de Saúde, 1996), é da competência do Enfermeiro Especialista de Saúde Materna e Obstetrícia (EESMO) proporcionar às parturientes meios que ajudem a suportar a dor.

É neste âmbito que surge o interesse pelos métodos não farmacológicos de alívio da dor, na parturiente. São métodos naturais, não invasivos, que ajudam a parturiente/casal a vivenciar o trabalho de parto de forma natural e positiva, e a que o EESMO pode recorrer durante a prestação de cuidados individualizados e especializados.

A intervenção não farmacológica no alívio da dor da parturiente, pela sua especificidade, exige do EESMO “Saber” e saber “Fazer”, de forma a implementar as referidas estratégias com sucesso. A aquisição destes dois saberes fundamentais realiza-se de forma progressiva, com a prática e constante revisão da literatura. Estas premissas geram a construção de competência que permite ao EESMO evoluir ao longo do seu percurso profissional.

Competência implica um saber-agir responsável, integrando conhecimentos, recursos e habilidades em contexto de prática profissional. A elaboração deste trabalho torna-se pertinente, pois enquanto futuro EESMO viso adquirir competências, consolidando conhecimentos acerca dos métodos não farmacológicos para o alívio da dor na parturiente. Pretendo ainda aprofundar conhecimentos sobre as eventuais vantagens que as referidas técnicas possam proporcionar ao decurso natural e fisiológico do trabalho de parto.

O presente trabalho será implementado em contexto real de prestação de cuidados, na Sala de Partos da Maternidade Dr. Alfredo da Costa (MAC) no período compreendido entre 27 de Fevereiro e 27 de Julho de 2012.

Neste sentido estabelecerei objectivos específicos e respectivas actividades para a sua concretização. Efectuarei uma revisão sistemática da literatura com a seguinte questão de partida: **Quais os contributos das intervenções não farmacológicas do EESMO, (como o uso da bola de parto, respiração controlada, massagem e hidroterapia) para o alívio da dor na parturiente?** Os resultados obtidos permitirão realçar a evidência científica, descrita na literatura, na minha prestação de cuidados, adquirindo novas aptidões e competências no âmbito desta temática.

Os conceitos constituem a pedra angular do modelo conceptual e permitem encarar a investigação sob uma perspectiva particular (FORTIN, 2009). Desta forma, surgiu a necessidade de seleccionar um modelo conceptual para servir de fio condutor na prática de enfermagem e permitir a consolidação de novos conhecimentos, tendo sido escolhido o Modelo de Sistemas de Betty Neuman.

Este trabalho divide-se em quatro capítulos. Inicia-se com o enquadramento teórico que sustenta a pertinência e justificação da temática. Segue-se o planeamento do trabalho de campo, no qual são abordadas questões como a metodologia, considerações éticas e as implicações para a prática, definindo os objectivos gerais e específicos e traçando actividades pertinentes para a consecução dos mesmos. Sucede-se uma reflexão final e por último as referências bibliográficas que nortearam a elaboração deste documento.

# 1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Não estudamos nem evoluímos isoladamente, mas sim em conjunto. Evoluímos com um corpo de conhecimentos cada vez mais vasto e que se vai actualizando a cada momento que passa.

Após a realização da revisão narrativa da literatura o enquadramento teórico que resultou vai ao encontro das minhas considerações e expectativas, bem como ao tema por mim escolhido.

## 1.1. Trabalho de Parto

Segundo Machado, (2005) citada por Graça, por trabalho de parto “entende-se o conjunto de fenómenos fisiológicos que, uma vez postos em marcha, conduzem à dilatação do colo uterino, à progressão do feto através do canal de parto e à sua expulsão para o exterior” (2010, p. 370).

Convencionou-se dividir o trabalho de parto em três estádios, o primeiro estágio caracteriza-se pelo início de contracções uterinas regulares, que originam apagamento e dilatação do colo, terminando com a dilatação completa. O segundo estágio inicia-se com a dilatação completa e termina com a expulsão do feto, o terceiro estágio começa com a expulsão do feto e termina com a expulsão da placenta e membranas fetais. Ainda o mesmo autor refere a subdivisão de Friedman do primeiro estágio do trabalho de parto: a fase latente que se inicia com contracções regulares e termina quando o colo está completamente apagado e com cerca de 4 cm de dilatação, após o que se inicia a fase activa, fase que decorre após os 4 cm até à dilatação completa (MACHADO, 2005).

## 1.2. Dor no Trabalho de Parto

No primeiro estágio do trabalho de parto, a principal causa de dor depende das contracções uterinas, que provocam apagamento e dilatação do colo. Outra das causas da dor é a isquémia uterina causada pela deficiente irrigação

sanguínea, levando a uma diminuição da oxigenação local, por contracção das artérias do miométrio (BACHMAN, 1999).

A transmissão da dor é efectuada pelos nervos espinal, simpático torácicos inferiores e lombares superiores. Estes nervos têm origem no corpo uterino e no colo, causando uma dor visceral. Esta dor tem uma localização na parte inferior do abdómen, irradiando para a região lombar, sendo referida apenas na contracção (BACHMAN, 1999).

Num estudo realizado por Melzack e Bonica, citados por Graça (2010), foi demonstrado que, comparativamente a outros tipos de dor, a dor do trabalho de parto é uma das mais dolorosas das que a mulher conhece e já suportou. Segundo este estudo, a dor é insuportável para 20% das parturientes, muito intensa para 30%, moderada para 35% e mínima ou inexistente para 15% das mulheres. Também foi demonstrado, por estes autores, que a dor do trabalho de parto é maior nas primíparas do que nas múltiparas.

Assim, compreendemos que a dor acompanha as parturientes durante a normal progressão do trabalho de parto. Com a evolução dos tempos, a atitude passiva perante a dor do trabalho de parto foi abandonada, estudando-se várias formas de alívio da dor durante o trabalho de parto. É nesta óptica que se inscreve o recurso aos métodos não farmacológicos de alívio da dor.

### **1.3. Métodos não Farmacológicos de Alívio da Dor**

“o objectivo das técnicas de relaxamento é reduzir a ansiedade e a tensão muscular, dessa forma tranquilizando a mente e relaxando os músculos” (BRANDEN, 2002, p. 227).

Se a redução do *stress* físico e emocional inerente ao trabalho de parto é essencial para o bem-estar materno-fetal, os métodos não farmacológicos de alívio da dor apresentam-se como um recurso promissor. De salientar ainda o papel venturoso do acompanhante na aplicação destes métodos, potenciando os seus benefícios, ao associar-lhe a afectividade.

Os métodos não farmacológicos de alívio da dor passíveis de ser utilizados durante o trabalho de parto são diversificados, e alguns autores, como Branden (2002), referem que as técnicas usadas para promover o relaxamento podem ser a abstracção, relaxamento muscular progressivo, bocejos, respiração controlada, imagens mentais, toque e musicoterapia.

Neste trabalho será dada ênfase aos seguintes métodos: a respiração controlada, massagem, hidroterapia e uso da bola de parto.

### **1.3.1. Respiração Controlada**

A respiração controlada é uma técnica muito importante durante todo o trabalho de parto, sendo imprescindível para uma oxigenação adequada da parturiente e consequentemente, do útero e do feto. Uma respiração descoordenada aumenta o consumo de oxigénio, causando hipóxia que por sua vez origina sofrimento fetal.

O método da respiração controlada foi preconizado por Read e Lamaze, que utilizam o princípio da teoria de Pavlov, visando construir um novo reflexo condicionado à parturiente: respiração-relaxamento no momento da contracção uterina. Desviando a atenção para a respiração consciente, permite que a parturiente se abstraia das dores e das contracções uterinas e passe a concentrar-se na respiração e relaxamento (REZENDE, 2005).

Existem vários tipos respiratórios usados no trabalho de parto, sendo os mais utilizados a respiração profunda ou abdominal e a respiração costal superior. Independentemente do tipo respiratório, o início da inspiração deve coincidir com o início da contracção. Uma explicação mais detalhada sobre os exercícios respiratórios pode ser consultada em documento anexo (Apêndice I).

### 1.3.2. Massagem

A massagem é uma técnica de relaxamento que pode ser utilizada durante o trabalho de parto. Costa (2004) refere que a massagem utiliza o toque para fins terapêuticos, permitindo relaxar e acalmar o corpo e o espírito.

O toque é uma das formas de comunicação não verbal mais íntima e intensa do ser humano. Denison (1998) refere-se ao toque terapêutico como indutor de um profundo relaxamento. O autor destaca ainda a sua comprovada eficiência na diminuição da ansiedade e redução da dor. De acordo com Roxo (2003), os contactos agradáveis estimulam a produção de endorfinas que causam prazer, activam o bom humor e diminuem a tristeza, restaurando a energia psíquica.

Também Frias, citada por Ponte (2011), menciona que a massagem foi e é um meio natural de aliviar a dor e desconforto. A massagem pode ser realizada por qualquer pessoa, devendo no entanto estar reservada para o companheiro, para que este possa assumir um papel activo no sentido de proporcionar à parturiente alívio, conforto e relaxamento.

Os dois tipos de massagem que podem proporcionar conforto à parturiente são abordados em documento que consta em anexo (Apêndice II).

### 1.3.3. Hidroterapia

Actualmente existem cada vez mais mulheres a procurar um parto natural, recorrendo a métodos não farmacológicos de alívio da dor. Para Bachman (1999, p. 237) a hidroterapia consiste num “método não farmacológico utilizado para aumentar o conforto e o relaxamento durante o trabalho de parto”.

Também Dale e Rober (1993, p. 70), referem que “durante o trabalho de parto, pode saber-lhe bem passar algum tempo debaixo de uma torneira de água quente para ajudar a descontraí-lo e a eliminar a tensão”.

A água morna promove o relaxamento, o alívio do peso do bebé, facilitando a descida do feto na pelve materna e possui um enorme efeito analgésico sobre as contracções. A água alivia o desconforto, provocando o relaxamento do

corpo, o que diminui a ansiedade da mulher. A diminuição da ansiedade diminui a produção de adrenalina, aumentando os níveis de oxitocina e de endorfinas, contribuindo a primeira para a evolução do trabalho de parto e as segundas diminuem a percepção da dor. A água também provoca uma hiperestimulação dos mamilos, que por seu lado estimula a produção de oxitocina, desencadeando as contracções uterinas (BACHMAN, 1999).

Antes de recorrer à hidroterapia, devem ser avaliados alguns aspectos, como o bem-estar materno-fetal e os sinais vitais maternos, que são especificamente descritos em documento anexo (Apêndice III).

O uso da água no trabalho de parto reduz a percepção da dor e a necessidade de analgesia epidural, não aumentando a duração do trabalho de parto ou a taxa de partos distócicos, nem provocando alterações no bem-estar neonatal.

#### **1.3.4. Bola de Parto**

Durante as contracções do trabalho de parto torna-se imprescindível a realização de exercícios do assoalho pélvico para prevenir a tensão muscular. A bola de parto constitui neste sentido um instrumento muito útil, uma vez que permite a realização de vários exercícios e aquisição de diversas posições que contribuem para o alívio da dor e fadiga (CARRIÈRE, 1999).

Também segundo Zelling (2010), a bola é um importante instrumento facilitador da mobilidade materna durante o trabalho de parto, sendo possível a realização de exercícios que ajudem na sua progressão.

Neste sentido torna-se evidente que o uso da bola de parto é uma mais-valia para a parturiente, uma vez que favorece o processo fisiológico do trabalho de parto, contribuindo para um melhor encaixe do feto na pelve materna. Além disso, promove o conforto e diminui a sensação dolorosa provocada pelas contracções. Outra vantagem do uso da bola é o facto de poder ser empregue em simultâneo com outros métodos não farmacológicos de alívio da dor (respiração controlada, massagem e hidroterapia).



Alguns exercícios passíveis de serem realizados na bola de parto durante o trabalho de parto são descritos em documento próprio que figura em anexo (Apêndice III)

#### **1.4. Papel do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia**

Segundo o enunciado do Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica (EESMOG) (Ordem dos Enfermeiros, 2011) é da função do EESMOG, entre outras, garantir um ambiente seguro durante o trabalho de parto e parto, promover o conforto e o bem-estar da mulher grávida, bem como cooperar com outros profissionais na implementação de intervenções de promoção, prevenção e controlo da dor, informação, ensino e apoio (individual ou em grupo), tornando-se fácil compreender o seu papel preponderante no alívio e controlo da mesma durante o trabalho de parto.

Na mesma linha de pensamento a *International Confederation of Midwives (ICM)* define que o EESMO tem de demonstrar conhecimentos acerca das medidas de conforto durante o primeiro e segundo estágio do trabalho de parto como por exemplo: a presença de uma pessoa significativa, posições a adoptar durante o trabalho de parto e parto, hidratação, suporte emocional e métodos não farmacológicos de alívio da dor. A *ICM* enuncia ainda que é da competência do EESMO a implementação dos métodos não farmacológicos adequados durante o trabalho de parto e parto. Estas técnicas constituem uma ferramenta extremamente útil e eficaz e que, de uma forma mais ou menos elaborada, se encontram sempre à disposição do EESMO.

Recorrendo a métodos mais simples e acessíveis, como sejam a respiração controlada e a massagem, até aos mais complexos (necessitando de materiais/ acessórios nem sempre disponíveis, ou necessitando de formação específica) como sejam a hidroterapia ou o uso da bola de parto, o EESMO pode actuar, de uma forma mais completa e gratificante no sentido da promoção do

conforto, bem-estar e saúde da parturiente, minimizando os desconfortos e a dor durante o trabalho de parto e parto.

Assim, o EESMO desempenhará o seu papel de uma forma substancialmente mais rica, mais completa, otimizando a condição de saúde da mulher grávida bem como o seu bem-estar na sua dimensão holística, promovendo um ambiente mais calmo e tranquilo, potenciador de uma vivência positiva do trabalho de parto e parto.

## 1.5. Modelo Teórico de Betty Neuman

A prática de enfermagem assenta no desenvolvimento de competências baseado num modelo de enfermagem. O modelo de enfermagem que norteará este trabalho será o Modelo de Sistemas de Betty Neuman.

Segundo George (1993, p.228), Neuman

“descreve o seu modelo como abrangente e dinâmico. O modelo é uma visão multidimensional de indivíduos, grupos (famílias) e comunidades que se acham em constante interação com estressores ambientais. Basicamente, o Modelo focaliza a reacção do cliente ao stress e os fatores de reconstituição ou adaptação. É considerado um modelo adequado, tanto para a Enfermagem quanto para todas as profissões de cuidados à saúde”.

O Modelo de Sistemas de Betty Neuman trabalha a Pessoa, Ambiente, Saúde/Bem-estar e Enfermagem como conceitos chave.

Neuman defende a filosofia da "abordagem total da Pessoa", como um sistema de cliente, que é multidimensional e composta por variáveis: fisiológicas, psicológicas, socioculturais, de desenvolvimento (referem-se às tarefas de cada etapa do ciclo vital) e espirituais.

Este Modelo é fundamentado na teoria geral de sistemas, sendo evidente na descrição do meta-paradigma da Pessoa, definido por Neuman como um sistema organizado. A Pessoa possui uma estrutura básica, o "**Core**", onde se encontram os factores básicos da sobrevivência comuns a todos os seres

humanos. Esta estrutura é uma fonte de energia pessoal que se encontra rodeada por três linhas: **Linhas de Resistência (LR)**, **Linha Normal de Defesa (LND)** e **Linha Flexível de Defesa (LFD)**.

Os primeiros círculos ou linhas que circundam o **core** são as **LR** (sistema de resposta imunológica), que possuem como função ajudar o indivíduo a manter o equilíbrio e a harmonia entre os factores externos e internos do Ambiente. Estas linhas, tornam-se activas quando a **LND** é quebrada por factores de *stress*.

A linha seguinte é a **LND**, que representa os processos adquiridos pela Pessoa ao longo da vida, incluindo a inteligência, a atitude face à vida, a capacidade de resolução de problemas e a capacidade de os enfrentar. Quando esta linha é invadida o **core** reage, podendo produzir sintomas de instabilidade ou doença, diminuindo a capacidade do sistema de se proteger contra outros factores de *stress*.

Por fim a **LFD**, funciona como amortecedor da **LND**. Esta linha é dinâmica e pode alterar-se rapidamente, consoante o estado fisiológico, psicológico, sociocultural, espiritual ou de desenvolvimento. Quanto mais se afastar da **LND**, maior é a protecção que proporciona.

No Modelo de Neuman é fundamental o conceito de interacção constante entre a Pessoa e o Ambiente, identificando-os como fenómenos básicos.

Neuman citada por George (1993), define Ambiente como forças e variáveis internas e externas que circundam os seres humanos em qualquer ponto no tempo, que podem afectar o **core**, sendo a variação dependente das necessidades e motivações individuais. Essas forças são denominadas por factores de *stress*.

Os agentes stressores, que são essenciais no Modelo, fazem parte do Ambiente. Essas forças ou agentes stressores podem ocorrer na própria Pessoa (intrapessoais), entre um ou mais indivíduos (interpessoais) e fora da Pessoa (extrapessoais). Neuman defende também que os agentes stressores

na sua ausência, são neutros, mas a interacção com os mesmos pode ser benéfica ou nociva, positiva ou negativa, dependendo da resposta da Pessoa à invasão das **LFD** e **LND**.

A saúde é tida como um equilíbrio dinâmico entre o bem-estar e o mal-estar, sendo o grau de bem-estar relacionado com a quantidade de energia dispendida para recuperar e manter o equilíbrio (GEORGE, 1993).

A Enfermagem centra-se na Pessoa, inserida na família e na sociedade. Neuman define Enfermagem como uma “profissão única” que tem a ver com todas as variáveis que afectam as respostas da Pessoa aos factores de *stress*.

O principal objectivo de Enfermagem é prestar assistência à Pessoa de modo a reter e obter a estabilidade do sistema, ou seja, a Enfermagem assiste a Pessoa, família/grupos e comunidade para obter um nível máximo de bem-estar. Para o atingir são realizadas intervenções intencionais, com vista à redução dos factores de *stress* e condições adversas que podem afectar o funcionamento excelente, em qualquer situação em que se encontra a Pessoa, actuando nos vários níveis de prevenção.

**Prevenção primária** - fortalece a **LFD**, que está em constante mudança, em resposta a variáveis e agentes stressores suspeitos ou identificados.

**Prevenção secundária** - reforça a **LND**, que representa o equilíbrio da Pessoa. A intervenção do enfermeiro ocorre quando existe uma reacção ao agente de *stress*.

**Prevenção terciária** - contempla as linhas intermédias que rodeiam o **core**, para que este se mantenha estável após a agressão por factores de *stress* e previna ocorrências futuras, podendo levar o bem-estar para um nível superior ou inferior.

Estas diferenças no nível de bem-estar estão relacionadas com o reforço ou dano das capacidades das linhas de defesa, através da aquisição ou perda de capacidades para lidar com as agressões ambientais.

A grávida em trabalho de parto vivencia a dor causada pelas contracções uterinas que constitui um fenómeno que leva à estimulação do sistema por múltiplos *stressores*, maioritariamente negativos. Estes estímulos vão provocar respostas adaptativas no sistema através das reacções das **LFD** e **LND**, de forma a prevenir o desequilíbrio.

É essencial que o EESMO estabeleça uma relação de confiança com a parturiente de forma a actuar nos três níveis de prevenção, com o objectivo de readquirir o equilíbrio do sistema e proporcionar a vivência positiva do trabalho de parto.

## 2. PLANEAMENTO DO TRABALHO DE CAMPO

### 2.1. Objectivos

Tendo como referência a finalidade do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia, bem como o Regulamento de Competências Específicas do EESMOG da Ordem dos Enfermeiros (2011), com o intuito de concretizar a implementação deste trabalho, delineei como **objectivos gerais**:

- Analisar as orientações e recomendações da OMS para a humanização do parto;
- Identificar quais as estratégias não farmacológicas de alívio da dor durante o trabalho de parto podem beneficiar a atitude da parturiente;
- Salientar a importância de fornecer a cada utente medidas alternativas à analgesia epidural caso assim o desejem;
- Descrever o contributo dos enfermeiros especialistas nesta área de intervenção.

Para tal, defini como **objectivos específicos**:

- Identificar algumas das estratégias não farmacológicas de alívio da dor durante o trabalho de parto passíveis de implementação na sala de partos da MAC;
- Descrever o processo de revisão sistemática da literatura a realizar;
- Identificar as actividades consideradas relevantes para atingir o objectivo do trabalho;
- Definir o papel do enfermeiro especialista em saúde materna e obstetrícia na intervenção não farmacológica de alívio da dor na parturiente.

## 2.2. Metodologia

### 2.2.1. Descrição do Processo de Trabalho

De acordo com o modelo teórico eleito bem como com o meu interesse pessoal na temática, foram surgindo questões e ideias, fundamentais para a elaboração de uma questão de partida para o estudo a realizar. Após este processo, a problemática deste estudo foi delineada e centra-se nas intervenções não farmacológicas de alívio da dor que podem ser implementadas durante o trabalho de parto. A questão formulada como ponto de partida para a revisão sistemática da literatura é **“Quais os contributos das intervenções não farmacológicas do EESMO, (como o uso da bola de parto, respiração controlada, massagem e hidroterapia) para o alívio da dor na parturiente?”**

“Uma revisão da literatura apresenta um reagrupamento de trabalhos publicados relacionados com um tema de investigação. Examinam-se estas publicações para levantar tudo o que se reporta com a questão de investigação (...) e apreciar ao mesmo tempo as relações estabelecidas entre os conceitos, os resultados obtidos e as conclusões.” (FORTIN, 2009, p. 87)

Através do formato de Questão PICO, (P – População; I – Intervenção; C – Comparação de Intervenções; O – *Outcomes*) considera-se:

- [P] – Parturiente;
- [I] – Intervenções não farmacológicas;
- [O] – Alívio da dor.

Foi realizada uma primeira revisão bibliográfica no motor de busca EBSCO host, através das bases de dados CINAHL Plus with Full Text e MEDLINE with Full Text. Mediante a pesquisa efectuada, e utilizando as palavras-chave *childbirth*, *nursing* e *labor pain*, foram encontrados os seguintes termos de pesquisa: *Childbirth*; *Midwifery*, *Labor*; *Management of labor*; *Nursing*; *Nursing Intervention*; *Nursing Assessment*; *Labor Pain*; *Pain*; *Childbirth Pain*. Numa fase posterior, as palavras-chave foram procuradas em texto integral, durante o mês

de Junho de 2011, retrospectivamente de Janeiro de 2005 a Junho de 2011. Efectuou-se a conjugação dos 10 termos de pesquisa encontrados, agrupados por OR os que pertencem ao mesmo conceito e ligando aqueles que pertencem a conceitos diferentes por AND [(*“Childbirth” OR “Midwifery” OR “Labor” OR “Management of Labor”*) AND (*“Nursing” OR “Nursing Intervention” OR “Nursing Assessment”*) AND (*“Labor Pain” OR “Pain” OR “Childbirth Pain”*)], tendo sido obtidos um total de 170 artigos: 122 artigos na MEDLINE e 48 artigos na CINAHL.

Segundo Fortin, “qualquer investigação implica um exame selectivo da documentação que se relaciona com o problema de investigação” (2009, p. 518). Assim, de acordo com a problemática a estudar, serão à posteriori definidos critérios de inclusão e exclusão por forma a seleccionar com maior rigor as fontes de informação.

### **2.2.2. Considerações Éticas**

A investigação em saúde envolve seres humanos, motivo pelo qual levanta questões éticas e morais que entram em jogo desde o início do estudo. Quaisquer que sejam os aspectos estudados, a investigação deve ser conduzida no respeito dos direitos da pessoa. As decisões conformes à ética são as que fundamentam sobre os princípios do respeito pela dignidade humana e pela beneficência (FORTIN, 2009).

Segundo a mesma autora os princípios ou direitos fundamentais aplicáveis aos seres humanos nos protocolos de investigação são o respeito pelo consentimento, o respeito pelos grupos vulneráveis, o respeito pela vida privada e pela confidencialidade, o respeito pela justiça e pela equidade, o equilíbrio entre as vantagens e os inconvenientes, a redução dos inconvenientes e a optimização das vantagens. Estes princípios éticos passaram a ser descritos de forma mais detalhada em documento próprio em anexo (Apêndice V).

Em Portugal foi constituído o Código Deontológico do Enfermeiro (Ordem dos Enfermeiros, 1998), que se baseia em princípios éticos, aplicados aos cuidados



de saúde, e fundamentais para a prática de enfermagem. Esses princípios são o princípio da Beneficência, Autonomia, Veracidade e Confidencialidade / Privacidade dos quais decorre que o enfermeiro tem o dever de:

- Observar os valores humanos e proteger os direitos, porque a pessoa tem direito a ser cuidada sem discriminação e ver os seus direitos salvaguardados;
- Respeitar a integridade biopsicossocial, cultural e espiritual da pessoa e participar nos esforços profissionais para valorizar a vida e a qualidade de vida, porque a pessoa tem direito à vida;
- Cuidar com excelência e assegurar a continuidade de cuidados, porque a pessoa tem direito ao cuidado;
- Informar, porque a pessoa tem direito à autodeterminação.
- Sigilo, porque a pessoas tem direito à confidencialidade e à protecção da sua vida privada;
- Atentar aos sentimentos de pudor e interioridade, porque a pessoa tem direito à intimidade.

No decorrer deste estudo, não será realizado trabalho de campo mas sim uma revisão de estudos realizados anteriormente e que tiveram por base os princípios éticos acima referidos. Este trabalho recorre à observação participante para a qual serão tidos em conta todos os aspectos deontológicos, bem como durante todo o período de prática clínica Estágio com Relatório.

Neste sentido, durante o exercício das minhas funções será adoptada uma conduta responsável e ética, actuando no respeito pelos direitos e interesses legalmente protegidos dos cidadãos (Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros, 1998).

### **2.2.3. Implicações para a Prática de Enfermagem**

O período de prática clínica 'Estágio com Relatório' decorrerá entre 27 de Fevereiro e 27 de Julho de 2012 na Sala de Partos da MAC. Nesse estágio

serão implementadas as actividades delineadas para a consecução dos objectivos definidos para este trabalho.

A MAC tem como missão a garantia da saúde global da mulher, a segurança na gravidez e no parto e o competente acolhimento do recém-nascido para a vida (MAC, 2007).

As intervenções não farmacológicas no alívio da dor da parturiente constituíram um factor importante para a qualidade dos cuidados especializados de enfermagem, indo ao encontro da missão estabelecida pela instituição, nomeadamente no que respeita à saúde global da mulher e à segurança do trabalho de parto. No entanto, através de uma reunião formal com a Enfermeira Chefe da Sala de Partos, foi possível apurar que as referidas medidas não constituem actualmente uma realidade efectiva. Neste contexto assenta a pertinência e importância deste trabalho, implementando durante o decorrer do referido estágio as actividades específicas descritas em anexo (Apêndice VI).

### 3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A elaboração deste trabalho revelou-se muito gratificante uma vez que me permitiu traçar o meu próprio caminho tendo em conta os meus objectivos, interesses, ambições e características pessoais enquanto futuro EESMO. Acredito que é um instrumento fundamental, na medida em que me permitiu reflectir, analisar e organizar as actividades que pretendo realizar para adquirir competências técnicas, científicas e relacionais e atingir o êxito na sua implementação.

A realização deste trabalho permitiu-me ainda estimular a criatividade, iniciativa, autoconfiança, capacidade de reflexão e análise. Este documento representa um guia orientador passível de alterações e mudanças, sendo necessárias uma reflexão e pesquisa bibliográfica constantes e bem direccionadas para que se torne exequível.

Estou convicto de que atingi os objectivos a que me propus alcançar no início deste trabalho, e que estes são claros, concisos, exequíveis, mas também susceptíveis a modificações, se se verificar necessário.

A vida é algo de precioso que temos, um verdadeiro desafio e que nem sempre lhe conferimos o respectivo valor. Ajudar alguém a nascer e participar em todo este processo de trabalho de parto e parto e transição para a parentalidade é para mim um desafio muito maior.

Neste sentido considero que o EESMO detém uma posição privilegiada uma vez que através da intervenção não farmacológica no alívio da dor na parturiente pode influenciar positivamente o decurso natural e fisiológico do trabalho de parto. Contribui ainda para que a parturiente/casal possa vivenciar estes momentos como acontecimentos naturais e positivos.

A implementação deste trabalho em contexto de prestação de cuidados é para mim um momento de grande expectativa, um momento muito esperado e que

com toda a certeza vai contribuir para a minha realização enquanto pessoa e profissional.

Nesta altura em que perspectivava a implementação deste trabalho preocupo-me com o “Saber” e o saber “Fazer”, que consequentemente me despertou para os outros níveis do saber. O saber “Estar”, saber “Escutar”, saber “Respeitar” e acima de tudo saber “Ser”, são aspectos muito importantes e que nunca deveremos deixar “adormecer”, pois são eles que nos fazem ser diferentes e cuidar de forma individualizada e especializada, para que cada parto seja recordado como um momento único e pessoal, uma experiência compensadora.

## 4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BACHMAN, J. A. – **Controlo do desconforto**. In: BOBAK, I. [et al]. – **Enfermagem na Maternidade**. 4ª ed. Loures: Lusociência, 1999. p. 232-257.

BRANDEN, P. – **Enfermagem Materno-infantil**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso Editores, 2000.

CARRIÈRE, B. – **Bola suíça: teoria, exercícios básicos e aplicação clínica**. São Paulo: Manole, 1999.

COSTA, L. – **Massagem: mente e corpo**. Porto: Civilização Editores, 2004.

DALE, B.; ROBER, J. – **Exercícios de Preparação para o Parto**. Lisboa: Publicações Dom Quixote, 1993.

DECRETO-LEI nº 161/96. **Diário da República I Série A**. 205 (96-09-04) 2959-2962.

DENISON, B. – **O Toque Terapêutico**. In: **Revista Servir**, Vol. 46, nº 1. (1998).

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA - Centro de Documentação e Informação. **Guia de Orientador para a Elaboração de Trabalhos Escritos, Bibliografias e Citações**. 2010. Acessível na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Lisboa, Portugal.

FORTIN, M.F.- **O processo de investigação: da concepção à realização**. Loures: Lusodidacta, 2009. ISBN 972-8383-18-5.

GEORGE, Julia B. [et al]. – **Teorias de Enfermagem: Os fundamentos para a prática profissional**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993. CDU 616-083.

GRAÇA, M. – **Medicina Materno Fetal**. 4ª ed. Lisboa: Lidel, 2010. ISBN 978-972-757-654-8.

INTERNATIONAL CONFEDERATION OF MIDWIFES – **Essential competencies for basic midwifery practice 2010**. The Hague: International Confederation of Midwives, 2010. Acedido em 20 de Julho de 2011. Disponível em:

<http://www.internationalmidwives.org/Portals/5/2011/Global%20Standards/Essential%20Competencies%20ENG.pdf>

KITZINGER, S. – **A experiência do parto**. Lisboa: Instituto Piaget, 1984.

MACHADO, M. H. (2005) – **Trabalho de Parto: fisiologia, divisão clínica e mecanismo geral**. In: GRAÇA, M. **Medicina Materno-Fetal**. 4ª ed. Lisboa: Lidel, 2010. ISBN 978-972-757-654-8.

ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna, obstétrica e ginecológica**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2011.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE – **Assistência ao parto normal: um guia prático: relatório de um grupo técnico**. Genebra: Organização Mundial de Saúde, 1996. Acedido em 13 Junho de 2011. Disponível em: [http://www.bionascimento.com/index2.php?option=com\\_content&do\\_pdf](http://www.bionascimento.com/index2.php?option=com_content&do_pdf)

PONTE, M. – **Gestão da dor: Estratégias de alívio da dor em grávidas a induzir o parto**. Évora: Universidade de Évora, 2011. Tese de Doutoramento em Enfermagem.

REZENDE, J. – **O Parto: Estudo Clínico e Assistência – A Dilatação e a Expulsão**. 10ª ed. Rio de Janeiro: Ed.Guanabara Koogan, 2005.

ROXO, J. – **O Toque: Inserir para Cuidar**. In: Revista Sinais Vitais. Coimbra. (2003)

ZELLING, E. – **Overcoming the challenges: Maternal movement and positioning to facilitate labor progress**. In: Am J. Matern Child Nurse, Vol 35, nº 2. (2010).

## **APÊNDICES**

## **Apêndice I**

### *Tipos de Respiração Controlada*





**ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM  
DE LISBOA**

**2º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde  
Materna e Obstetrícia**

# Tipos de Respiração Controlada

**Lisboa, Julho de 2011**

A Respiração é considerada como uma técnica auxiliar do relaxamento, promovendo a prevenção do *stress*, diminuição de dores musculares, diminuição de estados de ansiedade moderada, aumento do poder de concentração, aquietação motora e psicológica e aumento da consciência corporal e emocional de si mesmo.

Desta forma, a respiração é também de extrema importância para o bem-estar da mãe e do bebé no decorrer do trabalho de parto, pois é também preponderante o seu papel ao nível do auto controlo e da diminuição do desconforto e ansiedade que a parturiente vai sentindo ao longo do mesmo. Assim, esta técnica promove não só, o bem-estar físico da mãe e do bebé, mas também o bem-estar psicológico desta e, consequentemente do seu filho.

Uma correcta respiração passa por inspirar, encher a barriga, dilatar o tórax, levantar levemente as clavículas, manter o ar, expirar calmamente, expulsando o ar pela boca e não ter pressa em inspirar o ar novamente, respeitando a pausa respiratória. A expiração é a fase de relaxamento do ciclo respiratório.

De acordo com Vellay (1998) existem 3 tipos de respiração durante a dilatação a serem utilizados apenas durante a contracção:

- Respiração lenta e profunda, durante a primeira parte do trabalho, quando as contracções são curtas e pouco intensas.
- Respiração ligeiramente acelerada e superficial, a utilizar segundo a necessidade e geralmente não antes da meia dilatação.
- Respiração da fase de transição (respiração de sopro): No período de transição, a necessidade de fazer força, de «puxar» aparece no decorrer da contracção e conforme a sua intensidade. A vontade de fazer força será compensada, acelerando a frequência dos sopros.

O esclarecimento sobre os tipos respiratórios torna-se fundamental na prestação de cuidados à parturiente quando as contracções se tornam gradualmente mais frequentes e intensas. Dale e Rober (1993) salientam ainda a importância de sensibilizar a parturiente para que não sustenha a respiração

em momento algum, mesmo que constitua uma estratégia de defesa contra a dor.

### **Referências Bibliográficas**

- 📖 DALE, B.; ROBER, J. – **Exercícios de Preparação para o Parto**. Lisboa: Publicações Dom Quixote, 1993.
- 📖 VELLAY, P. – **A vida sexual da Mulher. O método psicoprofilático do parto sem dor**. 8ª ed. Lisboa: Editorial Estampa, 1998.

## **Apêndice II**

### *Massagem*



**ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM  
DE LISBOA**

**2º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde  
Materna e Obstetrícia**

# Massagem

**Lisboa, Julho de 2011**

Uma massagem suave, (*effleurage*) e a massagem da região sagrada (contrapressão), são dois métodos que proporcionam conforto a muitas mulheres, durante o trabalho de parto. A *effleurage* consiste numa massagem, que é utilizada para distrair a parturiente da dor provocada pela contracção. Através de percussões suaves no abdómen, sincronizada com o ritmo das contracções, proporciona-se um efeito relaxante e consequente alívio da dor (Lowdermilk, 2008).

A massagem da região lombo-sagrada (contrapressão) revela-se extremamente eficaz na diminuição do desconforto provocado pelas lombalgias decorrentes do trabalho de parto. Efectua-se uma pressão constante com as mãos ou com o punho na região sagrada, aliviando a sensação de aperto interno e dor nesse local (LOWDERMILK, 2008).

Germain (2007) defende que a contrapressão deve ser aplicada a partir do centro da região sagrada até ao cóccix. Pode ser aplicada desde que a parturiente esteja numa posição confortável, seja de pé ou de quatro apoios.



Imagem 1 – Massagem da região lombo-sagrada com a parturiente em pé

Retirada de: GERMAIN, B.; PARÉS, N. – Parir en movimiento: Las movilidades de la pélvis en el parto. Barcelona: La Liebre de Marzo, 2007. p. 109.



Imagem 2 – Massagem da região lombo-sagrada com a parturiente em posição de 4 apoios  
Retirada de: GERMAIN, B.; PARÉS, N. – Parir en movimiento: Las movilidades de la pélvis en el parto. Barcelona: La Liebre de Marzo, 2007. p. 170.

Neste contexto, a massagem actua distraíndo e inibindo a dor, através da estimulação de uma variedade de receptores da pele e tecidos profundos. O simples acariciar do abdómen quando a mulher respira e relaxa durante a contracção, funciona como um verdadeiro calmante, sobretudo se for realizada pelo companheiro, favorecendo deste modo a ligação afectiva entre o casal. Pode-se portanto afirmar que aliviar as tensões da parturiente através de uma simples massagem não acaba com as dores do parto, mas serve para relaxar e aliviar a tensão num momento bastante crítico.

### **Referências Bibliográficas**

- 📖 GERMAIN, B.; PARÉS, N. – **Parir en movimiento: Las movilidades de la pélvis en el parto.** Barcelona: La Liebre de Marzo, 2007.
- 📖 LOWDERMILK, D.L. – **Enfermagem na Maternidade.** 7ª ed. Loures: Lusodidacta, 2008. ISBN 978-989-8075-16-1.

## **Apêndice III**

### *Hidroterapia*





**ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM  
DE LISBOA**

**2º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde  
Materna e Obstetrícia**

# Hidroterapia

**Lisboa, Julho de 2011**

A utilização da água durante o trabalho de parto induz a mulher ao relaxamento uma vez que reduz a ansiedade e estimula a produção de endorfinas, contribuindo para a diminuição da dor.


Vários são os autores que mencionam o efeito relaxante que a água produz, porque esta diminui a pressão junto dos músculos abdominais do útero, originando a sua contracção e paralelamente a descontração dos músculos do períneo.

No entanto torna-se pertinente salientar que devem ser garantidas algumas condições para que este método de alívio da dor não interfira com o bem-estar materno-fetal.

A temperatura da água deve estar entre os 35 e 37 graus Celsius. A água proporciona uma maior flexibilidade na musculatura de períneo, diminui a pressão no abdómen e no útero durante as contracções, proporcionando um relaxamento em todas as partes do corpo, favorecendo um ambiente em que em que a ansiedade encontra-se reduzida, (BACHMAN,1999).

Antes de recorrer à hidroterapia, devem ser avaliados alguns aspectos, tais como o bem-estar fetal, os sinais vitais maternos. Na mulher em fase activa de trabalho de parto, o colo deve ter uma dilatação de 4-5 cm, a integridade da bolsa de águas, se esta estiver rota, apenas se utiliza a hidroterapia se a apresentação fetal estiver encravada e o líquido amniótico claro. Se o líquido amniótico apresentar mecónio a hidroterapia está contra-indicada, como refere Bachman (1999).

## **Referências Bibliográficas**

-  BACHMAN, J. A. – **Controlo do desconforto**. In: LOWDERMILK, D.L. – **Enfermagem na Maternidade**. 7ª ed. Loures: Lusodidacta, 2008. ISBN 978-989-8075-16-1.

## **Apêndice IV**

### *Bola de Parto*



**ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM  
DE LISBOA**

**2º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde  
Materna e Obstetrícia**

# Bola de Parto

**Lisboa, Julho de 2011**

A bola de parto tem-se revelado um instrumento muito útil no trabalho de parto, uma vez que promove o relaxamento da parturiente, alívio da dor, posição vertical, movimento e mobilidade da pelve materna.

Antes da sua utilização devem ser garantidas algumas condições. É importante que a bola seja de tamanho apropriado à estatura da parturiente. A bola de parto deve ser experimentada durante a gravidez para que a mulher em trabalho de parto possa usufruir na plenitude dos benefícios que esta lhe pode proporcionar.

A bola de parto permite a realização de vários exercícios que facilitam a progressão do trabalho de parto, tais como:

- A parturiente deve sentar-se em cima da bola de parto com os joelhos afastados e os braços podem estar apoiados num suporte fixo como por exemplo a barra da cama ou no companheiro. Nesta posição pode realizar movimentos rotatórios suaves com o quadril. Este exercício facilita a acção da gravidade, promove contracções mais eficazes e menos dolorosas, optimiza a descida e a rotação fetal, aumentando os diâmetros da pelve (GERMAIN e PARÉS, 2007).



Imagem 1 – Posição sentada na bola de parto

Retirada de: GERMAIN, B.; PARÉS, N. – Parir en movimiento: Las movilidades de la pélvis en el parto. Barcelona: La Liebre de Marzo, 2007. p. 131.



Imagem 2 – Posição sentada na bola de parto com apoio dos braços

Retirada de: GERMAIN, B.; PARÉS, N. – Parir en movimiento: Las movilidades de la pélvis en el parto. Barcelona: La Liebre de Marzo, 2007. p. 165.

- A parturiente deve permanecer de pé ao lado da cama. Debruçada sobre a bola, colocada em cima da cama, com o tronco e braços apoiados sobre a mesma, pés afastados e pernas um pouco flectidas. Durante as contracções uterinas esta posição permite uma liberdade de movimento que promove a posição vertical e alivia o desconforto e dor da região lombo sagrada uma vez que a força da gravidade desvia o feto para o abdómen da mulher (ZELLING, 2010).

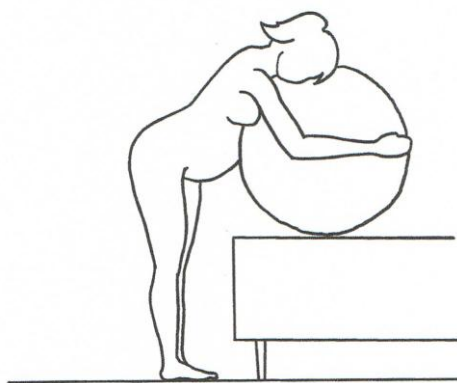


Imagem 3 – Posição vertical com tronco e braços apoiados na bola de parto

Retirada de: SILVA, L. M. – **Utilização da bola suíça na assistência ao parto nos serviços públicos do município de São Paulo**. São Paulo: Universidade de São Paulo, 2010. Tese de Mestrado em Enfermagem. p. 32.

- A bola deve ser posicionada entre as pernas da parturiente, quando sentada na cama, abraçando a bola e tendo a região torácica inclinada sobre a mesma. Esta posição permite um aumento dos diâmetros anteroposterior e transversal da pelve materna e promove o relaxamento da mulher (ZELLING, 2010).



Imagem 4 – Posição sentada com bola de parto entre as pernas

Retirada de: SILVA, L. M. – **Utilização da bola suíça na assistência ao parto nos serviços públicos do município de São Paulo**. São Paulo: Universidade de São Paulo, 2010. Tese de Mestrado em Enfermagem. p. 33.

- A parturiente deve ajoelhar-se e transferir o peso do tórax e braços para cima da bola de parto, deixando o abdómen em pêndulo. Mediante a necessidade sentida pela mulher, podem adoptar-se variantes desta posição, como por exemplo manter um joelho apoiado e apoiar o pé da outra perna, transferindo o peso corporal de um apoio para o outro. Pode ainda apoiar os glúteos nos calcanhares. Estas posições proporcionam um alívio da dor lombar, relaxamento e auxílio na progressão fetal através da pelve materna (GERMAIN e PARÉS, 2007).



Imagem 5 – Posição de joelhos com transferência do peso do tórax e braços para a bola  
Retirada de: GERMAIN, B.; PARÉS, N. – Parir en movimiento: Las movilidades de la pélvis en el parto. Barcelona: La Liebre de Marzo, 2007. p. 170.

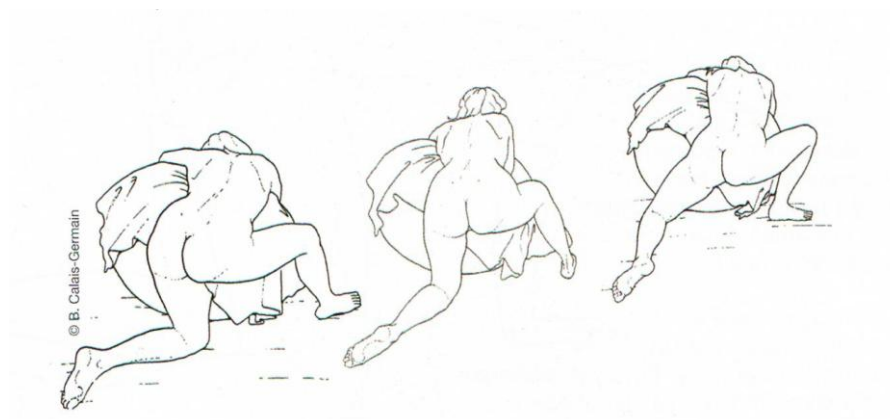


Imagem 6 – Variantes da posição de joelhos com bola de parto  
Retirada de: GERMAIN, B.; PARÉS, N. – Parir en movimiento: Las movilidades de la pélvis en el parto. Barcelona: La Liebre de Marzo, 2007. p. 170.



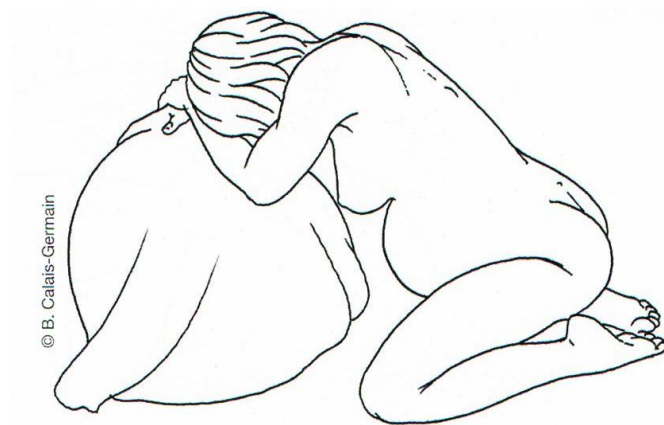


Imagem 7 – Posição de joelhos com bola de parto e apoio do glúteos

Retirada de: GERMAIN, B.; PARÉS, N. – *Parir en movimiento: Las movilidades de la pélvis en el parto*. Barcelona: La Liebre de Marzo, 2007. p. 169.

Estes exercícios devem ser propostos à parturiente que à medida que se sente mais segura e confiante no manuseamento da bola de parto pode adoptar outras posições que respondam às necessidades exigidas pelo próprio corpo, desde que não interfiram com a segurança e bem-estar materno-fetal.

## **Referências Bibliográficas**

- 📖 GERMAIN, B.; PARÉS, N. – **Parir en movimiento: Las movilidades de la pélvis en el parto**. Barcelona: La Liebre de Marzo, 2007.
- 📖 SILVA, L. M. – **Utilização da bola suíça na assistência ao parto nos serviços públicos do município de São Paulo**. São Paulo: Universidade de São Paulo, 2010. Tese de Mestrado em Enfermagem. Acedido em 17 de Julho de 2011. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7141/tde-23062010-092554/pt-br.php>
- 📖 ZELLING, E. – **Overcoming the challenges: Maternal movement and positioning to facilitate labor progress**. In: *Am J. Matern Child Nurse*, Vol 35, nº 2. (2010).

## **Apêndice V**

### *Princípios Éticos*

**O respeito pelo consentimento** livre e esclarecido assenta no princípio segundo o qual a pessoa tem o direito e a capacidade de decidir livremente, com todo o conhecimento de causa, de participar ou não num estudo;

**O respeito pelos grupos vulneráveis** exige a ausência de qualquer mau tratamento ou de qualquer discriminação e uma atitude de beneficência da parte dos investigadores;

**O respeito pela vida privada e pela confidencialidade** das informações pessoais confere à pessoa o direito de conservar o anonimato e de receber a segurança que os dados colhidos se manterão confidenciais;

**O respeito pela justiça e pela equidade** supõe que a escolha dos participantes deve estar directamente ligada ao problema em estudo e não motivada por questões de conveniência, e também que os participantes têm o direito de ser tratados de maneira justa e equitativa antes, durante e após o estudo;

**O equilíbrio entra as vantagens e os inconvenientes** implica que sejam medidos os riscos potenciais de desconforto ou de prejuízo. Se os inconvenientes excederem as vantagens, será preferível não realizar o estudo. Pelo contrário, se as vantagens ultrapassam os inconvenientes, existem grandes possibilidades que o estudo respeite os princípios éticos;

**A redução dos inconvenientes** decorre do princípio precedente, visto que visa suprimir ou diminuir os inconvenientes que a investigação pode apresentar para os participantes, correspondendo ao princípio da não maleficência;

**A optimização das vantagens** decorre do princípio da beneficência, no sentido em que exige o bem das pessoas, procurando o maior número de vantagens possíveis.

## **Apêndice VI**

### *Actividades Delineadas*

A implementação de um trabalho requer um planeamento de actividades com vista a consecução dos objectivos propostos. Passarei a enumerar as actividades/estratégia definidas para este trabalho:

- Aprofundar conhecimentos acerca de estratégias não farmacológicas de alívio da dor durante o trabalho de parto, através da revisão da literatura;
- Elaborar um álbum seriado acerca das intervenções não farmacológicas de alívio da dor durante o trabalho de parto (abordadas neste trabalho);
- Informar a parturiente acerca das estratégias não farmacológicas de alívio da dor durante o trabalho de parto e os seus benefícios, esclarecendo as suas dúvidas sobre esta temática aquando do acolhimento;
- Sensibilizar a parturiente para os benefícios da implementação de estratégias não farmacológicas de alívio da dor durante o trabalho de parto (nomeadamente através da visualização do álbum seriado a elaborar);
- Respeitar a decisão da parturiente relativamente às estratégias de alívio da dor por si eleitas;
- Implementar as estratégias não farmacológicas de alívio da dor escolhidas pela parturiente durante o trabalho de parto;
- Avaliar a dor mediante utilização da escala numérica da dor;
- Favorecer o envolvimento do companheiro/pessoa significativa na implementação destas estratégias;
- Proporcionar acompanhamento adequado às parturientes de forma a detectar precocemente sinais de risco/complicações;
- Consciencializar os profissionais de saúde do serviço para os benefícios da implementação de estratégias não farmacológicas de alívio da dor durante o trabalho de parto e parto através de acções de sensibilização;
- Realizar notas de campo relativamente a todas as parturientes às quais tenha implementado estratégias não farmacológicas de alívio da dor;
- Comparar os resultados obtidos através da análise e discussão dos dados colhidos nas notas de campo e os resultados obtidos na revisão sistemática da literatura;

- Elaborar uma norma de actuação relacionada com as referidas intervenções com vista à sua eventual implementação.

A implementação das actividades mencionadas permitirá a aquisição e consolidação de novos conhecimentos assim como também o desenvolvimento de competências específicas do EESMO, permitindo desta forma um crescimento exponencial enquanto futuro EESMO.

## **ANEXOS**

## **Anexo I**

### *Mapa de Actividades*



[illegible]



## **Apêndice II**

*Diário de Aprendizagem I*

**2º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde  
Materna e Obstetrícia**

# Diário de Aprendizagem I

**ESTÁGIO COM RELATÓRIO – Sala de Partos**

**Maternidade Dr. Alfredo da Costa**



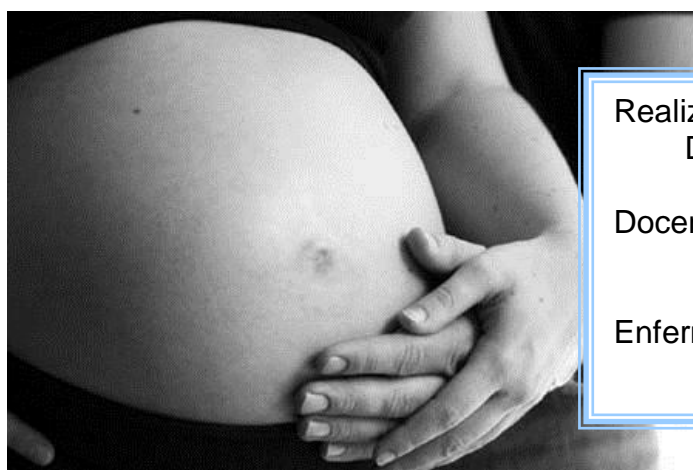
**Lisboa, Maio de 2012**

**2º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde  
Materna e Obstetrícia**

# Diário de Aprendizagem I

**ESTÁGIO COM RELATÓRIO – Sala de Partos**

**Maternidade Dr. Alfredo da Costa**



Realizado por:  
Daniel Rodrigues nº 3830

Docente Orientadora:  
Enf.<sup>a</sup> Luísa Sotto-Mayor

Enfermeira Orientadora:  
Enf.<sup>a</sup> Catarina Alves

**Lisboa, Maio de 2012**

**MEU CORPO, SEU CORPO...**

Meu corpo no momento de dar à luz  
Pede por movimentos  
Para se dar à saída de um outro corpo, pequeno ser,  
Que também necessita de se ajustar ao caminho a percorrer!

Mas o seu corpo, doutor, racional  
Moldado pela cultura académica e profissional,  
Para uma pronta e prodigiosa intervenção,  
Necessita de controlo e de segurança pessoal.

“Então deite-se! Fique quieta! Não se mexa desse jeito!  
Você está descontrolada...Mantenha essa perna aberta...!

Seu corpo não entende...  
Desculpe se o meu corpo não se comporta da maneira que espera o seu...  
Meu corpo parece agir de maneira instintiva, guiada pela Mãe Natureza.  
E por acaso não é assim que deve ser?

E não é só: meu corpo também pede por gemido e brado  
Que parece conduzir minha tensão.  
Mas o seu pede para não ser incomodado.

“Então não grite! Feche a boca e faça a força direito!  
Você não está ajudando...”

Seu corpo não entende...  
Não quero dar trabalho e nem incomodar!  
Pelo contrário, apenas quero que  
Seu corpo deixe o meu trabalhar...

Seu corpo parece precisar controlar o meu!  
Mas o meu na verdade precisa apenas do respeito do seu...

Quem sabe,  
Meu corpo e seu possam se entender um dia...  
Se assim se consentirem!

E agora, depois deste desastroso desencontro de nossos corpos,  
O meu carece apenas de contacto com o novo corpinho que nasceu.  
Se assim, permitir o seu...

**(Martins, L., 2004)**

Estas palavras cheias de significado são o testemunho de uma única mulher mas poderia ser o de muitas outras. Ilustram bem situações do dia-a-dia numa sala de partos: o “descontrole” da mulher que está a parir e o dos profissionais que estão a realizar o parto.

Embora saibamos que a parturiente não é um ser passivo, porque motivo nos incomoda tanto se a grávida não fica calada e quieta obedecendo às nossas “ordens”? Será que não nos cabe a nós, profissionais, rever as nossas atitudes?

Odent (2003, p. 108) defende que:

quando uma mulher está parindo sozinha, sem nenhuma medicação, chega um momento em que ela tem uma tendência óbvia de isolar-se do nosso mundo, como se ela estivesse “entrando em outro planeta”. Ela ousa fazer o que nunca ousaria fazer na sua vida social cotidiana, como por exemplo gritar ou xingar. Ela pode se encontrar nas mais estranhas posições, fazendo os ruídos mais inesperados. Isto significa que ela está reduzindo o controle exercido pelo seu neocórtex. De um ponto de vista prático, essa redução da atividade do neocórtex é o aspecto mais importante da fisiologia do parto.

Na nossa cultura profissional o nosso racionalismo é muitas vezes confrontado com o irracional e o sentimental. Seria mais cómodo para o nosso trabalho, realizar o parto de forma a pôr em prática todas as técnicas que aprendemos ponto por ponto, sem descarrilar do nosso pensamento lógico. Para isso, a parturiente deveria ser alguém que estivesse disposto a obedecer cegamente às nossas ordens. No entanto a realidade não se coaduna com esta ideia, pois não devemos nem podemos esquecer que quem está à nossa frente é um ser humano carregado de emoções e sentimentos, de medos e ansiedades!

Segundo Balaskas (1993), uma mulher em trabalho de parto necessita de se sentir segura, relaxada, desinibida e livre de ser ela própria para o seu organismo produzir as hormonas necessárias. Estes aspectos são realçados num relato de uma mulher citado por Balaskas (1993, p. 140): “As posições me fizeram sentir bem à vontade [...]; senti-me segura e tranquila. Eu gemia, gritava e punha para fora uma força interna daquela maneira – me sentia incrível! Eu era um instrumento intuitivo de mim mesma [...]”.

Julgo que inconscientemente, todos nós gostaríamos de ser os protagonistas daquela celebração da vida, em que tudo corre como nós desejamos e somos reconhecidos como profissionais muito competentes que fizeram nascer mais um ser. Contudo, por muito que gostemos de nos sentir compensados pelo bom trabalho que fizemos, nunca poderemos perder de vista os principais protagonistas desta festa, a mulher e o bebé que está para nascer. Esta díade inseparável é o alvo dos nossos cuidados, e a nossa actuação é orientada no sentido de ajudar e tornar a festa mais agradável e inesquecível!

Muitas vezes me pergunto porque nos incomoda tanto ouvir estes gritos e observar esta desinquietação? Não serão os gritos e gemidos de uma mulher em trabalho de parto legítimo?

Schmid (2010) defende que o grito é um instrumento valioso durante o trabalho de parto. Este facilita a expiração, produz vibrações profundas com efeito analgésico, abre o períneo e relaxa a tensão muscular, proporciona força ao bebé e estimula a produção de endorfinas.

E o que é que nós fazemos? Gritamos também? Será que devemos mesmo fazer alguma coisa para tentar alterar esta situação? Dizemos que a mulher não é colaborante? De facto é mais fácil trabalhar com objectos, pois são estáticos e não emitem sons, não nos desconcentram tanto... mas será essa a essência da nossa profissão!? Onde está a relação de ajuda? A relação terapêutica? A empatia?

Da pouca experiência que tenho em contexto de sala de partos considero de extrema importância a relação de ajuda e a comunicação que se estabelece com a mulher grávida/família ao longo de todo o trabalho de parto. A relação de ajuda é sem dúvida imprescindível, permitindo uma relação empática entre profissional/utente e o parto se for efectuado pela pessoa que seguiu todo este processo será muito mais facilitado, tanto para a mulher que já nos conhece como para nós profissionais.

Cada vez mais se fala na relação de ajuda e na humanização dos cuidados, mas será que temos sempre isto presente? Ela é sem dúvida inerente a todos



os cuidados de enfermagem e sem ela, estes tornam-se ineficazes. É importante que o enfermeiro não se centre apenas na técnica mas que invista mais na parte relacional, cuidando a pessoa de forma holística. A relação de ajuda é um processo que se desenvolve à medida que se estabelece uma interacção num ambiente de confiança, promovendo a autonomia para que a grávida consiga mobilizar os seus recursos e aprendizagens de forma a aplicá-los quando necessário.







Segundo Chalifour (1989) a relação de ajuda consiste numa interacção particular entre duas pessoas – o interveniente e o cliente. Baseia-se na partilha em que cada um dá o seu contributo para a satisfação das necessidades presentes na grávida, sendo esta a detentora dos verdadeiros recursos e o enfermeiro um facilitador na procura dos mesmos.

É de extrema importância que reflectamos as nossas atitudes e a nossa forma de ser e de estar. O enfermeiro deve desenvolver capacidades de comunicação que englobem: o estar atento, demonstrar atenção, reconhecer a presença da utente enquanto pessoa. São características imprescindíveis para o estabelecimento de uma relação de ajuda, a aceitação, empatia, protecção, autenticidade, franqueza, sentido de humor e acima de tudo, respeito.

Estas premissas fazem com que cada parto seja distinto porque cada um de nós é diferente e são todas estas vivências que o tornam uma experiência única também!

Neste sentido Odent (2002) afirma que auxiliar uma mulher em trabalho de parte envolve empatia, intuição e inspiração... é uma arte.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

-  BALASKAS, J. (1993). **Parto Ativo – Guia Prático para o Parto Natural**. São Paulo: Ground.
-  CHALIFOUR, J. (1989). **La Relation d'aide en soins infirmiers – Une perspective holistique-humaniste**. Paris: Editions Lamarre.
-  SOUZA, L. (2007). **A dor do parto: uma leitura fenomenológica dos seus sentidos**. Dissertação de Mestrado da Universidade Católica de Brasília. Acedido em 2 de Maio, 2012, de [http://www.bdttd.ucb.br/tede/tde\\_arquivos/5/TDE-2007-05-04T130829Z-445/Publico/trabalho\\_parte1.pdf](http://www.bdttd.ucb.br/tede/tde_arquivos/5/TDE-2007-05-04T130829Z-445/Publico/trabalho_parte1.pdf)
-  ODENT, M. (2003). **O Camponês e a Parteira – Uma alternativa à industrialização da agricultura e do parto**. São Paulo: Ground.
-  ODENT, M. (2002). **O renascimento do parto**. Florianópolis: Saint Germain.
-  SCHMID, V. (2010). **El Dolor del Parto – Una nueva interpretación de la fisiología y la función del dolor**. Tenerife: Ob Stare.

## **Apêndice III**

### *Diário de Aprendizagem II*

**ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM  
DE LISBOA**

**2º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde  
Materna e Obstetrícia**

# **Diário de Aprendizagem II**

**ESTÁGIO COM RELATÓRIO – Sala de Partos**

**Maternidade Dr. Alfredo da Costa**



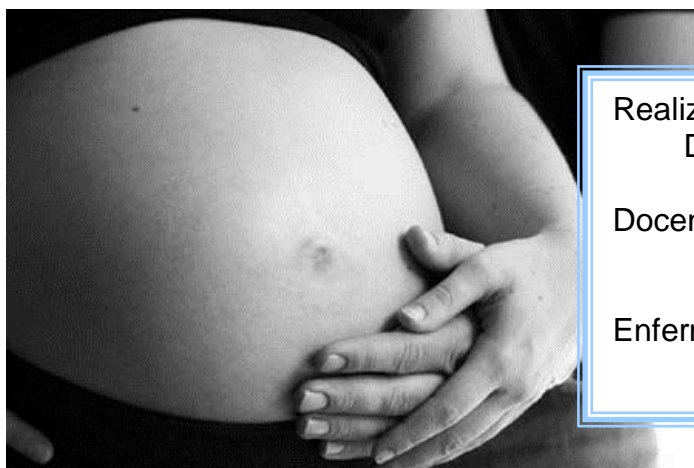
**Lisboa, Junho de 2012**

**2º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde  
Materna e Obstetrícia**

# Diário de Aprendizagem II

**ESTÁGIO COM RELATÓRIO – Sala de Partos**

**Maternidade Dr. Alfredo da Costa**



Realizado por:  
Daniel Rodrigues nº 3830

Docente Orientadora:  
Enf.<sup>a</sup> Luísa Sotto-Mayor

Enfermeira Orientadora:  
Enf.<sup>a</sup> Catarina Alves

**Lisboa, Junho de 2012**

Este segundo diário de aprendizagem foge novamente um pouco ao que se pretende para uma reflexão deste género, uma vez que não vou descrever uma situação específica mas reflectir acerca de alguns aspectos que tenho presentes na minha prestação de cuidados em sala de partos e que por vezes são alvo de “crítica” por parte dos pares.

Laquear, cortar e levar o recém-nascido, são prioridades após um parto para a maioria dos Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica (EESMO) que trabalham na sala de partos da Maternidade Dr. Alfredo da Costa.

Enquanto aluno em estágio, a minha prática após um nascimento tem sido bem diferente e a meu ver mais natural e fisiológica do que interventiva e mecanizada.

Será que é efectivamente necessário ter pressa em laquear e cortar o cordão umbilical e separar bruscamente da mãe o bebé acabado de nascer? Falando-se cada vez mais no parto natural, será que não chegou a altura de parar e reflectir acerca da nossa prática?

Então paremos e reflectamos...

A prestação de cuidados ao recém-nascido (RN) inclui diversas intervenções com o intuito de promover uma boa adaptação à vida extra-uterina. De acordo com a Organização Mundial de Saúde (2003), os cuidados imediatos ao RN incluem procedimentos como a manutenção da permeabilidade das vias aéreas superiores, a laqueação e corte do cordão umbilical a adopção de medidas de manutenção da temperatura corporal e a adaptação do RN à mama na primeira hora de vida. É, desta forma, fundamental que o EESMOG considere o trabalho de parto como um momento “no qual o bebé é posto à prova sendo obrigado a deixar o útero materno, um espaço aconchegante e seguro, para dar entrada num mundo completamente diferente” (COSTA, 2003, p.16), de forma a assegurar todos os recursos que potenciam uma transição nas melhores condições possíveis e o menos agressiva.

Olds, et al. referem que “o nascimento de um bebé é habitualmente um momento repleto de emoções para todos os elementos da família” (2004, p.654). Sendo o contacto pele a pele entre a díade mãe/RN e o início da amamentação na primeira hora de vida, práticas consideradas pela OMS como úteis e que devem ser encorajadas (OMS, 2003), torna-se primordial a implementação de medidas de promoção das mesmas com o incentivo da vinculação precoce na tríade.

Após a saída do corpo fetal, o RN deverá ser colocado sobre o abdómen da mãe para permitir que o contacto pele a pele ocorra. Para evitar uma imediata perda de calor, o RN deverá ser seco, procedendo-se de seguida à troca da toalha molhada por uma seca. Neste sentido também se torna importante que o quarto tenha uma temperatura ambiente igual ou superior a 25°C e que se mantenha coberta a cabeça do RN. Em suma, “a forma mais eficaz para manter a temperatura corporal do recém-nascido é o contacto pele a pele continuo com a mãe após o parto, estando os dois cobertos” (OMS, 2003, p.230).

A relação precoce entre a díade, pode desta forma ser estabelecida caso os profissionais de saúde deixem para mais tarde rotinas sem carácter urgente tais como o pesar, vestir e administrar a vitamina K. “Sendo essencial que os profissionais de saúde sejam sensíveis a este momento especial, cuidando da família, dando o suporte e encorajamento possível” (OMS, 2003, p.229).

Os primeiros momentos de vida de um RN, são igualmente importantes no que diz respeito ao início da amamentação que deve ser iniciada se possível na primeira hora de vida. O aleitamento materno é a forma mais natural de alimentar o RN, proporcionando-lhe o alimento ideal para o seu desenvolvimento normal e saudável. É reconhecido como um direito da criança e a sua promoção constitui uma prioridade mundial.

A amamentação deve ser estabelecida mediante os sinais emitidos pelo recém-nascido até à primeira hora de vida, tendo para tal que se manter o contacto pele a pele. Tal como descrevem Olds, et al.:

“se a mulher deseja amamentar e o recém-nascido estiver interessado, a mulher deverá ser encorajada e ajudada a fazê-lo logo após o parto, enquanto o recém-nascido está numa fase de alerta. Não se devendo forçar o recém-nascido a mamar se ele não demonstrar sinais de interesse, o que só irá levar à frustração, quer para a mãe, quer para o recém-nascido” (2004, p.656).

Considerando que o estabelecimento da lactação e a duração do aleitamento materno podem ser influenciados positiva ou negativamente pelas práticas hospitalares no momento do parto e pós-parto (LEVY, BÉRTOLO, 2007), torna-se fundamental que o EESMOG fortaleça a autoconfiança da puérpera no que concerne a amamentação. É necessário transmitir pouca, mas informação relevante, recorrendo a uma linguagem compreensível para a mulher, sem esquecer o reforço positivo dos comportamentos adequados.

No que diz respeito ao laquear e cortar o cordão umbilical, não existe ainda consenso relativamente ao momento ideal para o realizar, existindo controvérsia em relação a este tema.

De acordo com a OMS, a forma fisiológica de cuidar do cordão umbilical é a laqueação e respectivo corte tardio, sendo que uma intervenção precoce será apenas realizada perante uma situação que o justifique - por exemplo a existência de uma circular cervical apertada. A transfusão de sangue que ocorre enquanto o cordão umbilical pulsa é fisiológica, sendo pouco provável a existência de efeitos adversos. Em países onde a laqueação tardia do cordão umbilical (quando este deixa de pulsar, normalmente três a quatro minutos após o nascimento), é prática corrente, não existem registos de complicações. Esta prática está também associada a uma diminuição do risco de anemia por deficiência de ferro na primeira infância. No entanto, no presente, ainda são poucas as evidências que permitam delinear uma prática relativamente à laqueação tardia ou precoce do cordão umbilical (OMS, 2003).

Outros autores, como Olds, et al. (2004), alertam-nos para outro aspecto a ter em consideração que diz respeito ao nível a que o RN é colocado em relação à



vagina, se o cordão ainda não estiver laqueado, podendo ocorrer uma transfusão de sangue da placenta para o RN, quando colocado num nível inferior, de cerca de 50-100ml. Este aumento de volume sanguíneo no RN pode, por um lado, levar a uma menor incidência de anemia por déficit de ferro na primeira infância, mas por outro lado pode levar a policitemia e eventualmente hiperbilirrubinemia nos primeiros dias. No entanto, se o RN for colocado cerca de 50-60cm acima da vagina, pode originar-se um fluxo de sangue do recém-nascido para a placenta, com consequente hipovolemia e anemia.

Após o parto os RN são, regra geral, colocados sobre o abdômen da mãe, ficando poucos centímetros acima do nível da vagina. Considero que nestas circunstâncias torna-se muito pouco provável que qualquer um dos mecanismos acima descritos ocorra.

Nesta área é fundamental que o EESMOG não descure as estratégias de intervenção adequadas às necessidades individuais de cada casal, no sentido de promover a adaptação ao seu novo papel e a aquisição de competências parentais.

Mediante todos estes aspectos, torna-se evidente que compete ao EESMOG fazer mais e melhor pela saúde de cada mulher/RN/família, garantido condições científicas, técnicas e relacionais que potenciem uma experiência segura e feliz da parentalidade.

Até à data realizei 43 partos, sendo que em 23 tive oportunidade de realizar um corte tardio do cordão umbilical. Nestes casos a dequitação ocorreu e o cordão umbilical ainda pulsava. Foi notória a rapidez com que os RN ficaram rosados e mais despertos para a amamentação. Houve inclusivamente um RN que foi adaptado à mama, sem o corte do cordão umbilical ter ocorrido porque o mesmo ainda pulsava.





Em todos os partos por mim realizados em que os RN apresentassem situação clínica estável permaneceram em contacto pele a pele com a mãe. Quando

não houve necessidade de proceder ao corte do cordão umbilical por apresentar uma circular cervical apertada, tive o cuidado de deixá-lo pulsar até ao fim deixando a dequitação ocorrer de forma natural e fisiológica. Após a mesma ter acontecido, embrulhava a placenta que ficava junto à puérpera e RN.

Posso referir que, tendo em conta os aspectos acima referidos e fazendo uma retrospectiva sobre toda a minha intervenção, considero que a minha actuação tem sido adequada, tentando sempre mobilizar os recursos necessários para resolver as dificuldades sentidas, adaptando e reformulando a minha actuação enquanto futuro EESMOG. Estando certo de que, não havendo qualquer intercorrência a nível do bem-estar da puérpera ou do RN, não existe nada que me impeça de deixar a vertente fisiológica do parto actuar, fazendo com que os momentos que acima referi ocorram fiquem gravados na memória da mulher/casal como uma experiência positiva e gratificante.

Enfermagem é uma arte, uma arte em que com todos estes pequenos grandes pormenores podemos fazer toda a diferença!

### **Referências Bibliográficas:**

-  COSTA, Susana – **Kangaroo Care: Ficção ou Realidade?**. In: **Nursing**. Lisboa. ISSN 0871-6196. nº173 (2003). p.16-19.
-  LEVY, Leonor; BÉRTOLO, Helena – **Manual de Aleitamento Materno**. Lisboa: Comité Português para a UNICEF, 2007.
-  OLDS, Sally; et al. – **Maternal-Newborn Nursing & Women's Health Care**. New Jersey: Pearson Education, Inc., 2004. ISBN 0-13-099009-4.
-  ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE – **Essential Antenatal, Perinatal and Postpartum Care**. Geneva: World Health Organization, 2003. Acedido a 24/11/2011. Disponível em: <http://www.who.org>

## **Apêndice IV**

### *Quadros de Síntese*

Autor, Título, Ano de Publicação	Objectivos do Estudo	Participantes	Intervenções	Tipo de Estudo
DAVIM, R.; et al. – <b>Banho no chuveiro como estratégia não farmacológica no alívio da dor de parturientes</b> [em linha]. In: <b>Revista Eletrônica de Enfermagem</b> . Vol. 10, nº 3. (2008) p. 600-609. Acedido em: 15/06/2011. Retrieved from EBSCOhost.	Avaliação da efectividade do banho de chuveiro para o alívio da dor da parturiente em fase activa do trabalho de parto.	100 multíparas em fase activa do trabalho de parto, com baixo risco gestacional.	Avaliação da dor através da escala analógica visual antes e após o banho de chuveiro com água a temperatura ambiente durante as contracções uterinas.	Ensaio clínico quantitativo do tipo intervenção terapêutica.
	<p style="text-align: center;"><b>Resultados</b></p> <p>As médias de intensidade da dor antes e após a aplicação do banho de chuveiro nos 8 e 9 cm de dilatação do colo uterino revelam uma diferença significativa no alívio da dor após a aplicação dessa estratégia, demonstrando uma redução na medida em que aumentava a dilatação do colo uterino.</p> <p>Os autores concluíram que a aplicação do banho de chuveiro nos 8 e 9 cm de dilatação do colo uterino apresenta uma diferença significativa no alívio da dor das parturientes do estudo.</p> <p>Diante do exposto, puderam afirmar que a estratégia do banho do chuveiro é efectiva no alívio da intensidade da dor das parturientes em fase activa do trabalho de parto.</p>			

Autor, Título, Ano de Publicação	Objectivos do Estudo	Participantes	Intervenções	Tipo de Estudo
PORFÍRIO, A.; PROGIANTI, J.; SOUZA, D. – <b>As práticas humanizadas desenvolvidas por enfermeiras obstétricas na assistência ao parto hospitalar</b> [em linha]. In: <b>Revista Eletrônica de Enfermagem</b> . Vol. 12, nº 2. (2010) p. 331-336. Acedido em: 15/06/2011. Retrieved from EBSCOhost.	Discussão das práticas incorporadas e desenvolvidas por enfermeiras desde a implementação do modelo humanizado de assistência ao parto.	10 enfermeiras especialistas em enfermagem obstétrica.		Estudo descritivo de abordagem qualitativa.  Os dados foram colhidos por entrevista semi-estruturada.
<b>Resultados</b>				
A análise dos resultados colhidos nas entrevistas permitiu a construção de quatro categorias.				
<b>Práticas que promovem relaxamento e o alívio da dor durante o trabalho de parto:</b>				
Nesta categoria, as enfermeiras incorporaram nas suas práticas o uso do chuveiro, a orientação para uma respiração adequada e o uso da massagem como recursos que favorecem o relaxamento da parturiente e o alívio da dor, sejam em conjunto ou isoladamente.				
A prática mais pontuada pelas enfermeiras foi o uso do chuveiro por perceberem que constitui um valioso instrumento que promove o relaxamento da parturiente e interfere com a progressão do trabalho de parto. Essa percepção das enfermeiras está de acordo com estudos que referem que o banho de chuveiro com água morna pode promover uma aceleração da dilatação do colo uterino, um maior bem				

estar materno, reforçando assim uma favorável condução do trabalho de parto. Desta forma serão reduzidos os níveis de adrenalina, favorecendo a progressão fisiológica do trabalho de parto. Além disso, o calor da água promove o relaxamento da musculatura, conseqüente dilatação cervical mais rápida e eficiente, diminuição da ansiedade das parturientes e da sensação dolorosa no trabalho de parto.

A prática da massagem foi abordada como uma estratégia utilizada na promoção do alívio da dor no trabalho de parto. A realização de massagens, quer seja através de mãos ou aparelhos vibratórios, com maior ou menor intensidade podem provocar alívio do desconforto.

A respiração controlada foi considerada pelas enfermeiras em estudo, uma prática adequada desde o início do trabalho de parto com a finalidade de acalmar e relaxar a parturiente. A respiração pode transmitir calma e tranquilidade que proporciona à mulher um momento de introspecção e concentração.

**Práticas que favorecem a progressão do feto:**

As orientações acerca das posições maternas durante o trabalho de parto e parto são indispensáveis para o fortalecimento da autonomia da parturiente, possibilitando a liberdade de movimento que favorece a progressão fetal.

**Práticas que estimulam o vínculo enfermeira-parturiente:**

O estabelecimento do vínculo com a parturiente é essencial para a construção do cuidar que respeite os valores e crenças da mesma, contribuindo para a criação de uma relação interpessoal.

**Práticas que favorecem a confiança e segurança à parturiente:**

A presença do acompanhante mostrou-se uma componente importante para a manutenção de ambiente familiar, natural e seguro para a progressão do trabalho de parto e parto. Desta forma, as enfermeiras ao viabilizarem o exercício deste direito das parturientes, favorecem o sentimento de segurança que é significativo para o sucesso de todo o trabalho de parto.

O toque é outra prática reconhecida pelas enfermeiras pelo seu potencial de transmissão de segurança e apoio.

Autor, Título, Ano de Publicação	Objectivos do Estudo	Participantes	Intervenções	Tipo de Estudo
CHANG, M.; CHEN, C.; HUANG, K. – <b>A Comparison of Massage Effects on Labor Pain Using the McGill Paun Questionnaire</b> [em linha]. In: <b>Journal of Nursing Research</b> . Vol. 14, nº 3. (2006) p.190-197. Acedido em: 15/06/2011. Retrieved from EBSCOhost.	Descrição das características da dor durante o trabalho de parto com e sem massagem.	60 primíparas em trabalho de parto que constituíram 2 grupos: um grupo de 30 grávidas que receberam massagem e um grupo de controlo com 30 grávidas.	Ao grupo de massagem foram prestados cuidados de enfermagem e realizada massagem de 30 minutos durante as contracções em cada uma das fases do trabalho de parto (TP).  Ao grupo de controlo foram prestados cuidados de enfermagem e estabelecida uma conversa informal de 30 minutos em cada fase do TP.	Ensaio clínico quantitativo do tipo intervenção terapêutica.  A colheita de dados foi realizada por aplicação de questionários em três momentos do trabalho de parto: aos 3-4 cm, 5-7 cm e aos 8-10 cm de dilatação cervical.
	<b>Resultados</b>			
	A análise dos dados evidenciou que: <ul style="list-style-type: none"> <li>• A dor intensifica à medida que a dilatação cervical aumenta;</li> <li>• A massagem alivia a intensidade da dor na fase 1 da dilatação (3-4 cm) e na fase 2 da dilatação</li> </ul>			



(5-7 cm);

- Entre ao 8-10 cm de dilatação cervical, a massagem não aliviou a intensidade da dor.

Os autores concluíram que a massagem não altera as características da dor durante o trabalho de parto, diminui no entanto a intensidade da mesma durante a fase 1 e 2 da dilatação cervical.

Autor, Título, Ano de Publicação	Objectivos do Estudo	Participantes	Intervenções	Tipo de Estudo
DAVIM, R. – <b>Avaliação da Efetividade de Estratégias não Farmacológicas para o Alívio da Dor de Parturientes na Fase Ativa do Período de Dilatação no Trabalho de Parto.</b> Rio Grande do Norte: Universidade Federal do Rio Grande do Norte, 2006. Tese de Doutorado em Ciências da Saúde.	Avaliar a efectividade das estratégias não farmacológicas de alívio da dor das parturientes em fase activa do trabalho de parto.	130 parturientes em fase activa do trabalho de parto, sendo que 30 foram incluídas no pré-teste.	Aplicação de estratégias não farmacológicas combinadas (exercícios respiratórios, relaxamento muscular e massagem lombossagrada) e isolada (banho de chuveiro).	Ensaio clínico quantitativo do tipo intervenção terapêutica.  A intensidade da dor foi avaliada através de aplicação de escala analógica da dor antes e após a implementação das estratégias.
	<b>Resultados</b>  Verificou-se uma diferença significativa nas médias de intensidade da dor das parturientes antes e após a aplicação das estratégias não farmacológicas combinadas (exercícios respiratórios, relaxamento muscular e massagem lombossagrada) nos 6, 8 e 9 cm e da hidroterapia nos 8 e 9 cm de dilatação cervical. O percentual de alívio da dor após a aplicação da combinação de métodos não farmacológicos e hidroterapia revelou uma redução da eficácia proporcional ao aumento da dilatação do colo uterino,			

sendo maior aos 6 cm e menor aos 9 cm de dilatação

No aspecto qualitativo, a autora detectou uma mudança nas respostas da dor das parturientes do estudo nos três momentos (6, 8 e 9 cm) quando comparadas no antes e após à aplicação das ENF combinadas e isolada, denotando o alívio dessa dor na fase activa do período da dilatação durante o trabalho de parto.

Conclui-se que a aplicação das ENF combinadas nos 6, 8 e 9 cm de dilatação do colo uterino e isolada nos 8 e 9 cm apresentaram diferença significativa no alívio da dor das parturientes do estudo.

Perante os resultados obtidos no seu estudo, a autora afirmou que a aplicação de ENF é efectiva no alívio da intensidade da dor de parturientes em fase activa do trabalho de parto.

Autor, Título, Ano de Publicação	Objectivos do Estudo	Participantes	Intervenções	Tipo de Estudo
SILVA, L. M. – <b>Utilização da bola suíça na assistência ao parto nos serviços públicos do município de São Paulo.</b> São Paulo: Universidade de São Paulo, 2010. Tese de Mestrado em Enfermagem.	Caracterizar o uso da bola suíça na assistência à mulher, durante o trabalho de parto.	35 enfermeiras, uma de cada maternidade pública do município de São Paulo incluídas no estudo.		Estudo descritivo.  Os dados foram colhidos através de entrevista semi-estruturada.
	<b>Resultados</b>			
	Através deste estudo a autora obteve os seguintes dados: <ul style="list-style-type: none"> <li>• 88,6% das enfermeiras entrevistadas tinham conhecimento do uso da bola em parturientes;</li> <li>• 77,5% orientam a mulher a permanecer na bola durante uma hora a fazer exercícios;</li> <li>• 34,8% indicam a bola para auxiliar na descida e no encaixe da apresentação fetal;</li> <li>• 37,8% afirmam que a existência de uma intercorrência obstétrica é a principal causa para contra-indicar;</li> <li>• 87,1% orientam o uso da bola associado à outra prática não farmacológica e dentre delas:               <ul style="list-style-type: none"> <li>• 54,6% vinculadas ao banho de chuveiro;</li> </ul> </li> <li>• 32,9% relataram como maior benefício o auxílio na descida e no encaixe da apresentação fetal, 24,2% no relaxamento e 15,1% no alívio da dor;</li> </ul>			

- 67,7% consideram a experiência da bola como “boa” na perspectiva das parturientes.

Quanto aos movimentos e posições orientadas às parturientes no uso da bola, as respostas foram:

- 36,5% referem-se à posição sentada com apoio;
- 31,8% aos movimentos de propulsão;
- 30,5% aos movimentos rotatórios com o quadril e
- 1,2% às posições ajoelhada e apoiada com o tronco sobre a bola.

A autora concluiu então que as directrizes para o uso da bola suíça como instrumento de incentivo à mobilidade e prática de conforto durante o trabalho de parto não estão bem estabelecidas, embora o seu uso seja prevalente em ambientes voltados para a naturalidade do parto e nascimento.

## **Apêndice V**

### *Notas de Campo*

NOTA DE CAMPO I		
<b>Data:</b> 5 de Maio de 2012		<b>Observador:</b> Daniel Rodrigues
<b>Turno:</b> 15h30 às 23h00		<b>Local:</b> Sala de Partos MAC
Descrição da Situação		Comentários do Observador
<p>Cerca das 17h00 deu entrada na sala de partos uma grávida que passarei a denominar de C., como expressão das preocupações ético-deontológicas que norteiam este trabalho, e as quais assegurei à grávida/casal ao solicitar o consentimento informado.</p> <p>C. tem 37 anos, é de origem asiática, natural da China e de nacionalidade chinesa.</p> <p>Reside em Portugal há apenas 4 anos com o seu marido P., também de naturalidade e nacionalidade chinesa. Devido ao facto do casal não dominar a língua portuguesa, a comunicação foi estabelecida em inglês com C. e em espanhol com P.</p> <p>Índice Obstétrico: 1021, tendo sofrido 2 abortos espontâneos sem curetagem. Teve um parto eutócico há 3 anos sem intercorrências.</p> <p>C. grávida de 39 semanas e 1 dia, ficou internada por rotura precoce de membrana com saída de líquido amniótico claro. A cervicometria foi avaliada no momento da triagem e revelava um colo uterino fino, centrado com 1 cm de dilatação, apresentação cefálica e apoiada.</p> <p>Realizei o acolhimento de C. na sala de partos e expliquei os procedimentos realizados na sua situação específica. Esteve acompanhada por P. durante todo o trabalho de parto.</p> <p>Após monitorização com CTG reparei que o registo de contractilidade era regular de média amplitude pelo que</p>		

questionei se sentia algias. C. respondeu com um fôlego preocupado, verbalizando que por enquanto as dores eram suportáveis mas que tinha receio de passar pelo que passou no seu parto anterior que descreveu como experiência negativa.

**“Estive muitas horas em trabalho de parto, as dores foram muitas e não me deram nada para aliviar.”**

Perante este medo expressado por C. apressei-me em acalmá-la, explicando que existem de hoje em dia várias formas para aliviar a dor e proporcionar conforto durante o trabalho de parto. Esclareci-lhe os benefícios de cada recurso acessível no serviço, como por exemplo a bola de parto, massagem, respiração controlada, chuveiro e fármacos dentro dos quais a epidural.

C. respondeu prontamente que não queria epidural porque acreditava que depois de realizar a técnica uma vez seria incapaz de voltar a ter filhos. Tentei desmistificar tal ideia mas mesmo assim C. optou por recorrer a métodos naturais de alívio da dor e só em caso de não ser eficaz é que queria que lhe administrassem analgésicos.

Notei que C. ficou mais calma quando percebeu que de facto existiam várias formas de aliviar a dor e que ia ser acompanhada por mim durante o trabalho de parto, no sentido de lhe proporcionar o máximo de conforto possível.

Incentivei C. a procurar a posição mais relaxante para que conseguisse tolerar melhor a dor provocada pelas contracções, esclareci que se assim o desejasse também podia se levantar e permanecer de pé.

Durante cerca de uma hora C. foi alternando períodos de repouso no leito e de mobilização em pé. No entanto confessou que a dor estava a ser mais intensa pelo que

Escala Numérica da Dor (END): 5.



exemplifiquei alguns exercícios respiratórios a realizar.

**“Sinto-me um bocado mais aliviada!”** referiu C. após ter assumido o controlo da sua respiração durante as contracções.

END: 3.

Após algum tempo em que o casal esteve sozinho, P. tocou à campainha, referindo que C. estava com mais dores. Ofereci-lhe a bola e demonstrei alguns movimentos e posições que poderia adoptar, incentivando-a concomitantemente, a manter uma respiração controlada durante a contracção a fim de permitir a oxigenação fetal.

END: 6.

**“Estou a gostar da bola, posso descansar entre as contracções e ajuda-me a tolerar melhor a contracção.”** afirmou C. após se ter ambientado a tal instrumento que desconhecia.

END: 4.

O casal esteve sempre em sintonia, conversavam entre as contracções e durante as mesmas P. manifestava preocupação em proporcionar o máximo de conforto a C. ao acariciar-lhe as costas. Questionei-lhes se achavam que a massagem poderia ajudar ao que C. anuiu. Demonstrei a P. como realizar massagem lombossagrada durante a contracção e rapidamente assumiu o controlo. C. parecia descontraída e relaxada e durante as contracções, mantinha uma respiração controlada, os movimentos rotatórios do quadril na bola e usufruía de uma massagem realizada por P.

**“A massagem no fundo das costas sabe muito bem, parece que alivia a pressão que sinto durante a contracção.”** disse C. quando o nosso olhar se cruzou ao que respondi com um sorriso.

END: 3.

Até então o CTG esteve sempre reactivo com boa variabilidade, o que traduzia bem-estar fetal. No entanto também estava perante uma situação de bem-estar

materno, avaliado pela sintonia deste casal e por ver que C. tinha ultrapassado os seus medos e receios e estava de facto concentrada no seu trabalho de parto.

Cerca das 20h30 realizou-se a visita médica em que C. foi observada. A cervicometria revelava um colo com 4 cm de dilatação. Nesta altura C. admitiu que as contracções estavam piores que nunca e propus-lhe, uma vez que o CTG se encontrava reactivo e tranquilizador, uma ida até ao chuveiro que aceitou.

END: 9.

Acompanhei C. durante o seu duche em que direcionei o jacto de água para a região lombar e suprapúbica, enquanto C. alternava de posição de pé, inclinada para a frente com os braços no apoio de parede e de cócoras.

**“Sinto as contracções mas a dor já não é tão intensa. Sabe bem sentir a água!”** afirmou C.

END: 5.

Após 20 minutos de chuveiro C. referiu que sentia uma vontade quase incontrolável de fazer força durante a contracção pelo que regressámos ao quarto.

Observei C. que ficou radiante quando lhe disse que já estava com 8 cm de dilatação e que muito em breve o seu bebé ia nascer.

O parto acabou por ocorrer às 21h23 com períneo intacto e expulsão de recém-nascido do sexo feminino com 3850gr e IA – 9/10. Durante a expulsão ocorreu uma distócia de ombros que foi resolvida com manobra de McRoberts.

Foi realizado um corte tardio do cordão e a bebé ficou em contacto pele a pele com C.

### Reflexão

Nesta situação considero o **core** constituído pelo subsistema C. e subsistema P. uma vez que revelaram uma grande sintonia e harmonia durante todo o

trabalho de parto. Os medos e receios de C. traduziam-se numa preocupação e prioridade de P. que assumiu um papel activo durante este período.

A minha intervenção enquanto futuro enfermeiro especialista em saúde materna e obstetrícia centrou-se nos vários níveis de prevenção definidos por Neuman.

Numa primeira fase identifiquei os receios que afligiam C., nomeadamente o medo da dor durante o trabalho de parto. A prevenção primária cingiu-se na educação para a saúde em que esclareci a C. que existiam várias formas de aliviar a dor durante o trabalho de parto, em resposta à identificação dos agentes stressores. Desta forma foram fortalecidas as **LFD** que se encontravam mais débeis pelos medos do casal que representavam uma ameaça para a estabilidade do **core** do sistema.

A prevenção secundária baseou-se na implementação dos métodos não farmacológicos de alívio da dor propostos e negociados com o **core**. Foi possível proporcionar-lhe um alívio significativo da dor e conforto durante o trabalho de parto. Estes resultados foram possíveis mediante um reforço das **LND** que se traduziu num padrão de bem-estar do **core**.

Na prevenção terciária ocorre um reforço da **LR** para que o **core** se mantenha estável após a agressão por factores de *stress* e previna ocorrências futuras. Nesta situação, decerto que o **core** já não conota o trabalho de parto de forma negativa, tendo em sua posse ferramentas de alívio da dor para intervir atempadamente no caso de uma futura gravidez e trabalho de parto.

Toda a intervenção de enfermagem tem por objectivo permitir o retorno à estabilidade e equilíbrio do **core** do sistema que neste caso se traduziu numa vivência positiva do trabalho de parto.

NOTA DE CAMPO I		
<b>Data:</b> 9 de Maio de 2012		<b>Observador:</b> Daniel Rodrigues
<b>Turno:</b> 22h30 às 8h30		<b>Local:</b> Sala de Partos MAC
Descrição da Situação		Comentários do Observador
<p>São cerca das 5h00 e acabou de dar entrada na sala de partos a grávida que passarei a denominar T., como expressão das preocupações ético-deontológicas que norteiam este trabalho, e as quais assegurei à grávida ao solicitar o consentimento informado.</p> <p>T. tem 25 anos, é natural da Namíbia e de nacionalidade namibiana. Reside em Portugal com o seu marido e filho há menos de um ano. Não fala português pelo que a comunicação foi estabelecida em inglês.</p> <p>Índice Obstétrico: 1001, tendo tido um parto eutócico há 2 anos na Namíbia.</p> <p>Está grávida de 38 semanas e ficou internada por estar em trabalho de parto com um colo com 3 cm de dilatação.</p> <p>Acolhi T. na sala de partos que parecia assustada mas rapidamente ficou mais à vontade por se aperceber que seria entendida em inglês.</p> <p>Foi monitorizada com CTG que estava reactivo, com boa variabilidade e registo regular de contractilidade dolorosa de média amplitude.</p> <p>Sentei-me ao lado da cama de T. e expliquei-lhe que procedimentos são normalmente realizados numa sala de partos, o que pareceu tranquilizá-la.</p> <p>Rapidamente me questionou se teria de ficar deitada o tempo todo, ao que lhe respondi que o mais importante seria sentir-se confortável. E T. pediu para se levantar justificando que de pé se sentia melhor.</p>		

Aproveitei para explicar que meios detínhamos para ajudar a aliviar a dor durante o trabalho de parto mas T. apenas quis ficar em pé a balançar-se de um lado para o outro.

Perguntei se tinha alguém para a acompanhar ao que respondeu que o marido teve de ficar em casa para cuidar do filho que tem apenas 2 anos e que preferia estar sozinha neste período.

Respeitando a vontade de T. retirei-me reforçando que iria passar frequentemente pelo quarto para saber se precisava de algo e que caso surgisse a necessidade podia solicitar a minha presença, tocando à campainha.

Passado algum tempo T. tocou e disse que lhe tinha rompido a bolsa, pedi-lhe para se deitar para avaliar a cervicometria que revelou um colo com 4 cm de dilatação e uma apresentação cefálica e apoiada.

Como estava de pé quando ocorreu a rotura de bolsa, ficou com as pernas e pés molhados de líquido amniótico pelo que me apressei em proporcionar-lhe conforto trocando-lhe a bata e secando-a. Nesse momento reparei que o padrão de contractilidade tinha aumentado em número e intensidade e de facto o fáciies de T. alterava-se na contracção. Como o CTG apresentava-se reactivo e tranquilizador, achei oportuno propor-lhe um duche para se sentir mais confortável, que aceitou.

Acompanhei T. ao chuveiro e expliquei-lhe que a água morna também podia ajudar a alivia a dor que sentia durante as contracções. Aí pegou no chuveiro e depois de se enxaguar pediu-me para lhe irrigar então a região lombar enquanto ficou em pé inclinada sob o apoio de parede.

**“Sinto-me muito melhor com a água, tenho menos**

END: 7.

END: 4.

**dor!”** afirmou T. após alguns minutos.

Passado meia hora, T. confessou que queria voltar para o quarto e permanecer de pé, pedidos aos quais consenti.

Durante o caminho de regresso ao quarto, T. parou durante uma contracção após a qual disse que tinha vontade de evacuar. Expliquei-lhe que provavelmente o bebé estaria quase para nascer e daí essa sensação.

No quarto observei T. que já tinha um colo uterino com 9 cm de dilatação. T. voltou a levantar-se e acabou por parir às 6h33 em pé, com períneo intacto e expulsão de um recém-nascido do sexo feminino com 3820gr e IA – 9/10.

Após a expulsão T. voltou a deitar-se para aquecer a sua bebé no seu peito, tendo sido realizado um corte tardio do cordão e adaptada à mama pouco depois do parto.

### Reflexão

O **core**, numa fase inicial detinha as suas estratégias delineadas para lidar com a dor durante o trabalho de parto, o que revelou uma **LFD** fortalecida. No entanto as **LFD** podem alterar-se rapidamente mediante o estado fisiológico, psicológico, sociocultural, espiritual ou de desenvolvimento do **core**.



Com a rotura da bolsa e as contracções mais frequentes e intensas as **LFD** enfraqueceram e o agente de *stress* atingiu a **LND**.

A minha intervenção centrou-se então na prevenção secundária ao reforçar a **LND** através do banho de chuveiro, permitindo a manutenção do equilíbrio do **core** do sistema.

É fundamental que o papel do enfermeiro especialista em saúde materna e obstetrícia seja inovador, paciente e compreensivo a fim de permitir às parturientes o desempenho de um papel activo durante o trabalho de parto e intervir quando necessário com o objectivo principal de garantir o bem-estar e estabilidade do **core**.

## **Apêndice VI**

### *Norma de Procedimento*

 <p>CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA CENTRAL, EPE</p>  <p>Maternidade Dr. Alfredo da Costa</p>	<p><b>Norma de Procedimento Nº</b> ____/____</p> <p><b>Revisão nº:</b></p> <p><b>Próxima Revisão:</b></p>
<p><b>Elaborado por:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ <b>Enfª Catarina Alves</b> (EESMO do Serviço de Urgência da MAC);</li> <li>➤ <b>Enf. Daniel Rodrigues</b> (Aluno do 2º CMESMO da ESEL);</li> <li>➤ <b>Enfª Marta Figueiredo</b> (EESMO do Serviço de Urgência da MAC).</li> </ul>	
<p><b>Revisto por:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ <b>Enfª Inês Machado</b> (Enfª Chefe do Serviço de Urgência da MAC);</li> <li>➤ <b>Enfª Luísa Sotto-Mayor</b> (EESMO e Docente da ESEL).</li> </ul>	
<p><b>Aprovado por:</b></p>	
<p><b>Abreviaturas:</b> CMESMO – Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia; EESMO – Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia; ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa; MAC – Maternidade Dr. Alfredo da Costa; TP – Trabalho de Parto.</p>	
<p><b>Assunto:</b></p> <p><b>Alívio da dor durante o TP com recurso a métodos não farmacológicos –</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Respiração Controlada;</li> <li>• Massagem;</li> <li>• Hidroterapia;</li> <li>• Bola de Parto.</li> </ul> <p><b>Destinatários:</b> Equipa de Enfermagem do Serviço de Urgência da MAC</p>	
<p><b>Objectivos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Uniformizar procedimentos de enfermagem especializados à grávida em TP;</li> <li>• Facilitar a integração de novos elementos de enfermagem.</li> </ul>	



**Conceitos:****Dor de Trabalho de Parto:**

Durante o trabalho de parto, a principal causa de dor são as contracções uterinas, que provocam apagamento e dilatação do colo. Isto acontece devido à isquémia uterina causada pela deficiente irrigação sanguínea, levando a uma diminuição da oxigenação local, por contracção das artérias do miométrio (BACHMAN, 1999).

A transmissão da dor é efectuada pelos nervos espinal, simpático torácicos inferiores e lombares superiores. Estes nervos têm origem no corpo uterino e no colo, causando uma dor visceral. Esta dor localiza-se na parte inferior do abdómen, irradiando para a região lombar, sendo referida apenas na contracção (BACHMAN, 1999).

**Métodos não Farmacológicos de Alívio da Dor:**

A aplicação de métodos não farmacológicos em parturientes, proporciona alívio da dor e contribui para a redução da necessidade de fármacos, permitindo que a parturiente e família vivenciem a experiência do trabalho de parto de forma mais natural e positiva (OMS, 1996).

“o objectivo das técnicas de relaxamento é reduzir a ansiedade e a tensão muscular, tranquilizando desta forma a mente e relaxando os músculos” (BRANDEN, 2002, p. 227).

**Informações Gerais****Respiração Controlada:**

O método da respiração controlada foi preconizado por Read e Lamaze, que utilizavam o princípio da teoria de Pavlov, visando construir um novo reflexo condicionado à parturiente: respiração-relaxamento no momento da contracção uterina. Desviando a atenção da parturiente para a respiração consciente, permite que a mesma se abstraia das dores e das contracções uterinas e passe a concentrar-se na respiração e relaxamento (REZENDE, 2005).

**Massagem:**

A massagem é uma técnica de relaxamento que pode ser utilizada durante o trabalho de parto. Costa (2004) refere que a massagem utiliza o toque para fins terapêuticos, permitindo relaxar e acalmar o corpo e o espírito. Denison (1998) refere-se ao toque terapêutico como indutor de um profundo relaxamento. O autor destaca ainda a sua comprovada eficiência na diminuição da ansiedade e redução da dor.

**Hidroterapia:**

A hidroterapia promove o relaxamento, o alívio do peso do bebê, facilitando a descida do feto na pelve materna e possui um enorme efeito analgésico sobre as contrações. A água quente alivia o desconforto, provocando o relaxamento do corpo, diminuindo assim a ansiedade da mulher. Por outro lado, a diminuição da ansiedade materna faz diminuir a produção de adrenalina, aumentando assim os níveis de oxitocina e de endorfinas. A primeira contribui para a evolução do trabalho de parto e as segundas diminuem a percepção da dor (BACHMAN, 1999).

**Bola de Parto:**

Segundo Zelling (2010), a bola é um importante instrumento facilitador da mobilidade materna durante o trabalho de parto, sendo possível a realização de exercícios que ajudem na sua progressão, contribuindo para um melhor encaixe do feto na pelve materna. Além disso, promove o conforto e diminui a sensação dolorosa provocada pelas contrações.

**Quem executa:**

Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstetrícia

**Recursos Materiais:**

Chuveiro, Bola de Parto e Álbum Seriado.


**Horário:**


Nas 24 horas

Procedimentos	
Acções de Enfermagem	Justificação
Acolhimento da grávida e/ou acompanhante à unidade.	Socialização da grávida e/ou acompanhante no serviço de urgência.
Conhecer expectativas da grávida em relação à gestão da dor durante o TP.	Planear e implementar os cuidados em conformidade.
Dar a conhecer os métodos não farmacológicos de alívio da dor durante o TP, disponíveis no serviço de urgência, à grávida e/ou acompanhante.	Capacitar a grávida de modo a ser autónoma na gestão da dor durante o TP.
Informar a equipa de saúde acerca das expectativas da grávida e/ou acompanhante, relativas à gestão da dor durante o TP.	Permitir a continuidade de cuidados.
Implementação dos métodos não farmacológicos de acordo com o planeamento de cuidados:	Aliviar a dor segundo as expectativas da grávida/acompanhante.
Respiração Controlada	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Favorece o relaxamento;</li> <li>✓ Desvia o foco da atenção;</li> <li>✓ Permite a oxigenação fetal;</li> <li>✓ Permite a oxigenação do útero.</li> </ul>
Massagem	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Promove relaxamento;</li> <li>✓ Alivia a dor;</li> <li>✓ Diminui o desconforto;</li> <li>✓ Reduz a ansiedade.</li> </ul>
Hidroterapia	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Promove relaxamento;</li> <li>✓ Alivia a dor;</li> <li>✓ Diminui o desconforto;</li> <li>✓ Reduz a ansiedade;</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Alivia a sensação de peso fetal;</li> <li>✓ Facilita a descida da apresentação.</li> </ul>
Bola de Parto	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Permite posição vertical;</li> <li>✓ Alivia a dor;</li> <li>✓ Diminui o desconforto;</li> <li>✓ Reduz a ansiedade;</li> <li>✓ Previne o cansaço;</li> <li>✓ Previne a tensão muscular;</li> <li>✓ Facilita o encaixe da apresentação na pelve materna.</li> </ul>
Avaliação da eficácia dos métodos implementados.	Validar ou reformular o plano de cuidados.
Realização de registos de enfermagem.	Permitir a continuidade de cuidados.
<p><b>Nota Final:</b></p> <p>A intervenção não farmacológica no alívio da dor da parturiente, pela sua especificidade, exige do EESMO “Saber” e “Saber Fazer”, de forma a implementar as referidas estratégias com sucesso. A aquisição destes dois saberes fundamentais realiza-se de forma progressiva, com a prática e constante revisão da literatura. Estas premissas geram a construção de competências que permitem ao EESMO evoluir ao longo do seu percurso profissional.</p>	
<p><b>Referências Bibliográficas:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>📖 BACHMAN, J. A. – <b>Controlo do desconforto</b>. In: BOBAK, I. [et al]. – <b>Enfermagem na Maternidade</b>. 4ª ed. Loures: Lusociência, 1999. p. 232-257.</li> <li>📖 BRANDEN, P. – <b>Enfermagem Materno-infantil</b>. 2ª ed. Rio de Janeiro: Reichmann &amp; Affonso Editores, 2000.</li> <li>📖 COSTA, L. – <b>Massagem: mente e corpo</b>. Porto: Civilização Editores, 2004.</li> <li>📖 DENISON, B. – <b>O Toque Terapêutico</b>. In: <b>Revista Servir</b>, Vol. 46, nº 1. (1998).</li> <li>📖 ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE – <b>Assistência ao parto normal: um guia</b></li> </ul>	

**prático: relatório de um grupo técnico.** Genebra: Organização Mundial de Saúde, 1996. Acedido em 13 Junho de 2011. Disponível em: [http://www.bionascimento.com/index2.php?option=com\\_content&do\\_pdf](http://www.bionascimento.com/index2.php?option=com_content&do_pdf)

 REZENDE, J. – **O Parto: Estudo Clínico e Assistência – A Dilatação e a Expulsão.** 10ª ed. Rio de Janeiro: Ed.Guanabara Koogan, 2005.

 ZELLING, E. – **Overcoming the challenges: Maternal movement and positioning to facilitate labor progress.** In: Am J. Matern Child Nurse, Vol 35, nº 2. (2010).

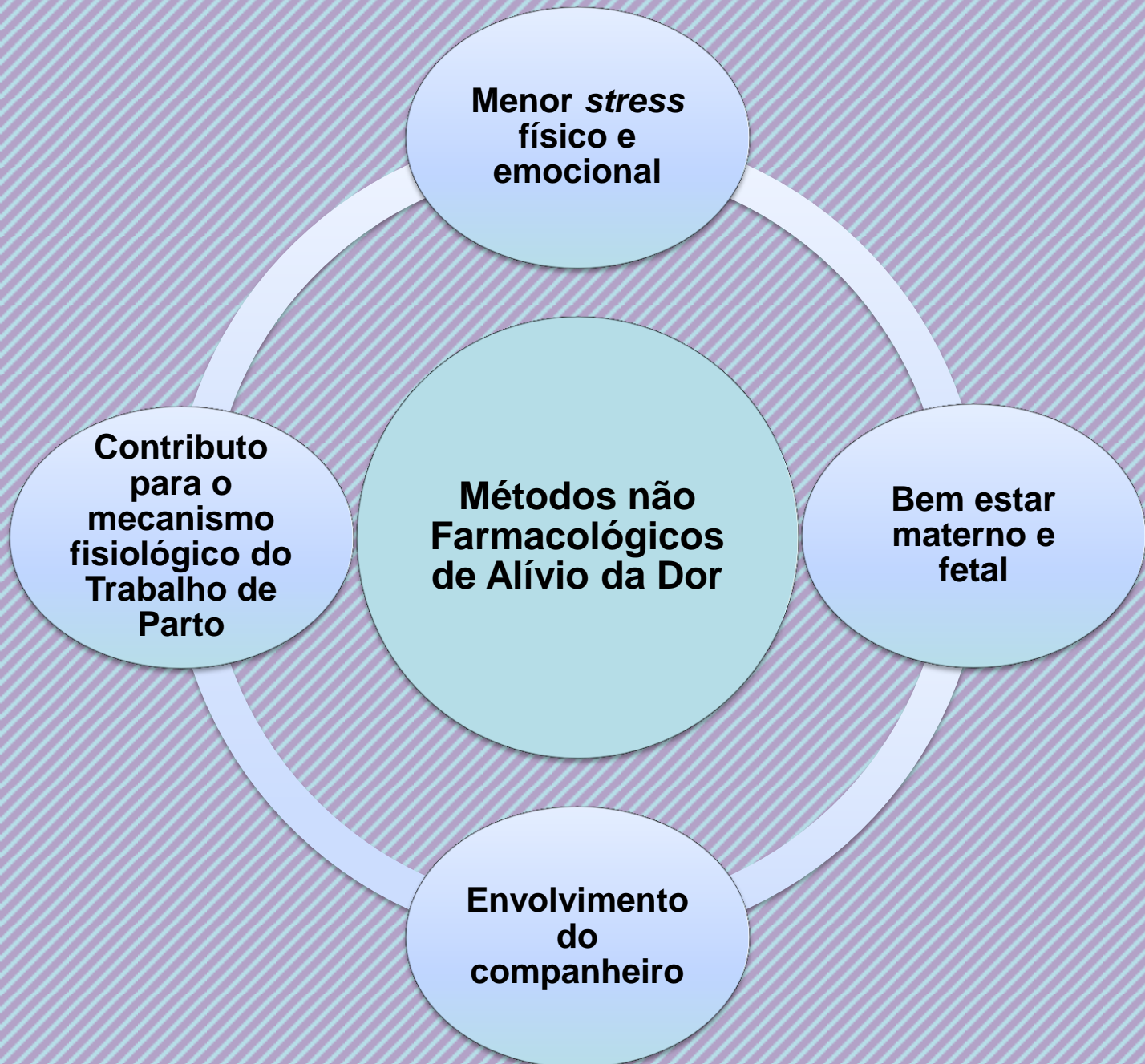
## **Apêndice VII**

### *Álbum Seriado*



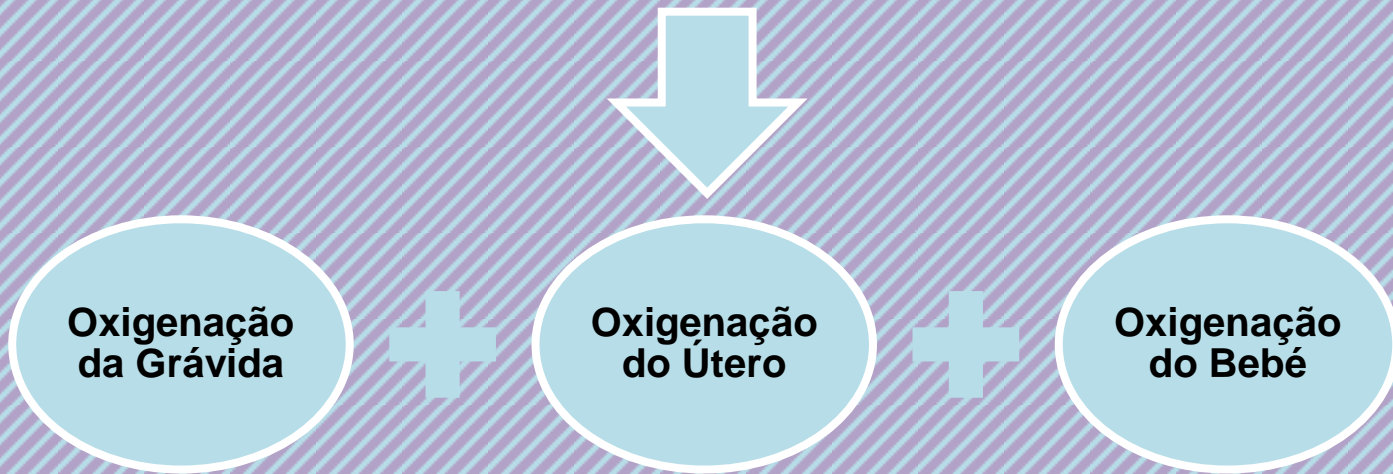
***Métodos não  
Farmacológicos de Alívio  
da Dor Durante o  
Trabalho de Parto***

A dor do trabalho de parto resulta das contracções uterinas, que permitem o apagamento e dilatação do colo uterino.





# ***Respiração Controlada***



Existem vários tipos respiratórios que podem ser utilizados no trabalho de parto:

- a respiração lenta e profunda;
- a superficial;
- a respiração de sopro.

Qualquer que seja o tipo respiratório escolhido, o início da inspiração deve coincidir com o início da contração.

Importante: nunca sustenha a respiração mesmo que seja em defesa à dor.

# ***Respiração Controlada***

## **Lenta e Profunda**

Durante a primeira parte do trabalho de parto, quando as contracções são curtas e pouco intensas.

## **Superficial**

Durante a segunda parte do trabalho de parto e sempre que necessário, quando as contracções aumentam de duração e intensidade.

## **Sopro**

No final do trabalho de parto, a necessidade de «puxar» aparece durante a contracção. Se não puder ainda fazer força, este é o tipo respiratório indicado.

# ***Massagem***

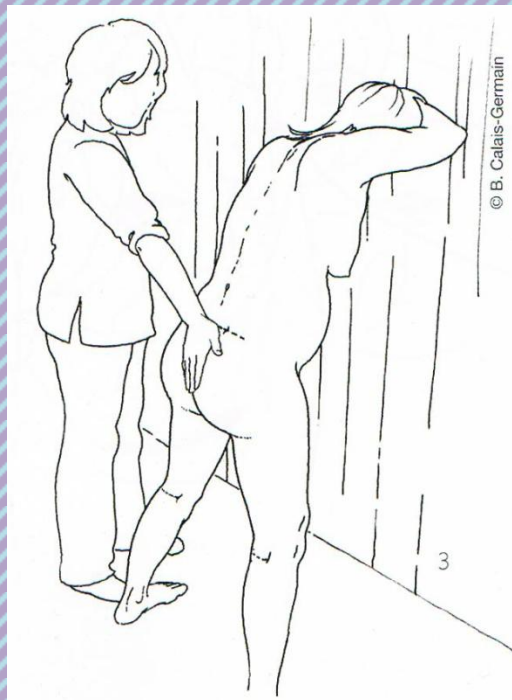
A massagem é uma técnica de relaxamento que pode ser utilizada durante o trabalho de parto.



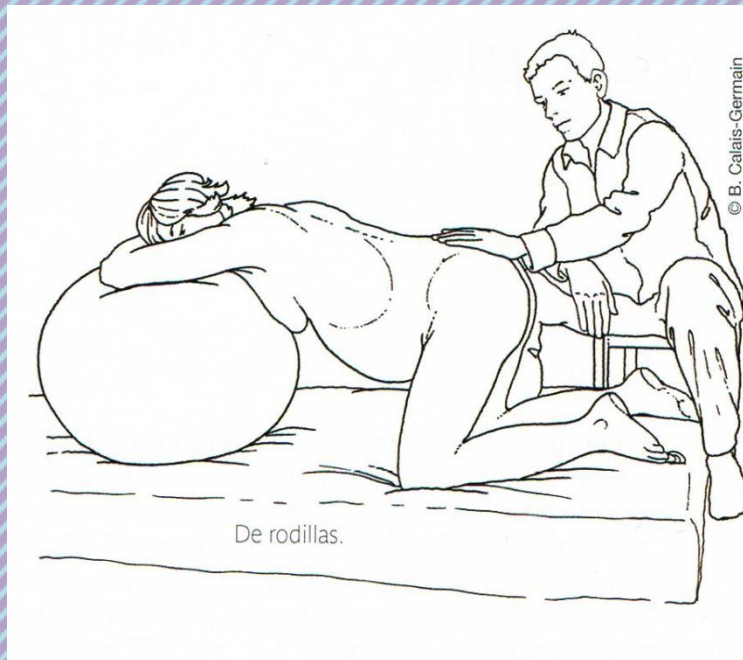
# Massagem

A massagem da região lombo-sagrada ou a contrapressão são extremamente eficazes na diminuição do desconforto provocado pelas dores lombares provocadas pelo trabalho de parto.

Efectuar uma pressão constante com as mãos ou com o punho na região do sacro, aliviando a sensação de tensão interna e dor nesse local.



# Massagem



Retirada de: GERMAIN, B.; PARÉS, N. – Parir en movimiento: Las movildades de la pélvis en el parto. Barcelona: La Liebre de Marzo, 2007. p. 170

A *effleurage* consiste numa massagem utilizada para distrair a parturiente da dor provocada pela contracção: através de percussões suaves no abdómen, sincronizadas com o ritmo das contracções, proporciona-se um efeito relaxante e consequente alívio da dor.

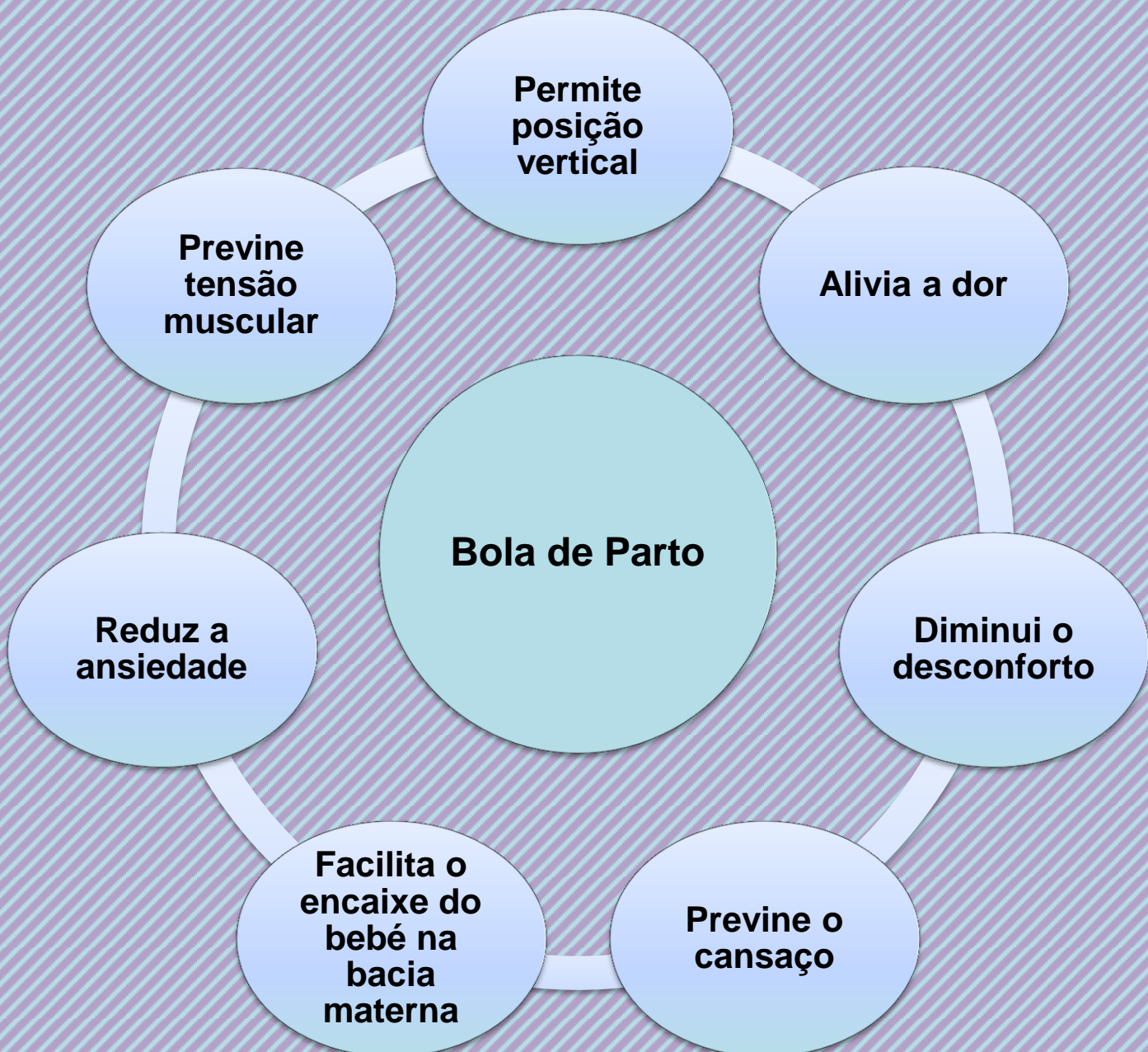
# ***Hidroterapia***

Consiste na utilização de água morna para proporcionar conforto e relaxamento.



# ***Bola de Parto***

Tem-se revelado muito útil, pois favorece o mecanismo fisiológico do trabalho de parto.

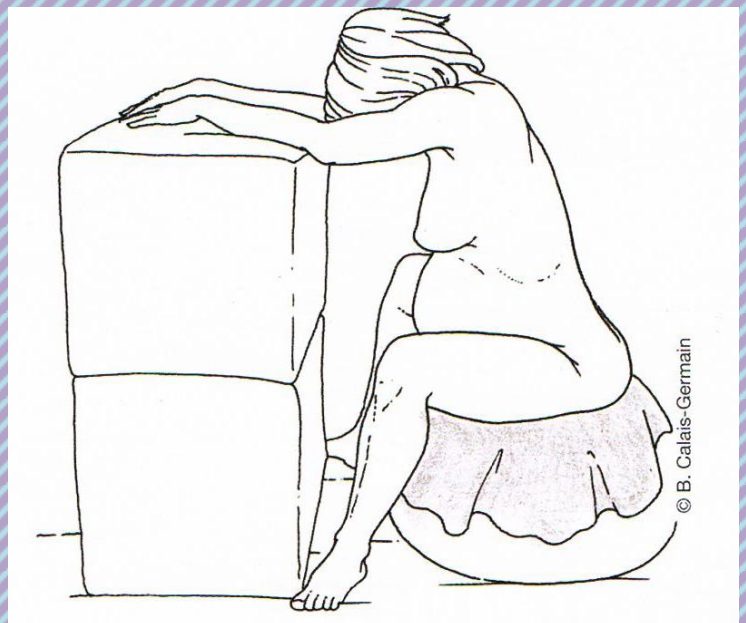




# ***Bola de Parto***

Deve sentar-se na bola de parto com os joelhos afastados e os braços apoiados na cama ou no companheiro.

Nesta posição pode realizar movimentos rotatórios ou de vai-vem suaves com a bacia, o que facilita a acção da gravidade, promove contracções mais eficazes e menos dolorosas e facilita a descida do bebé na bacia materna.



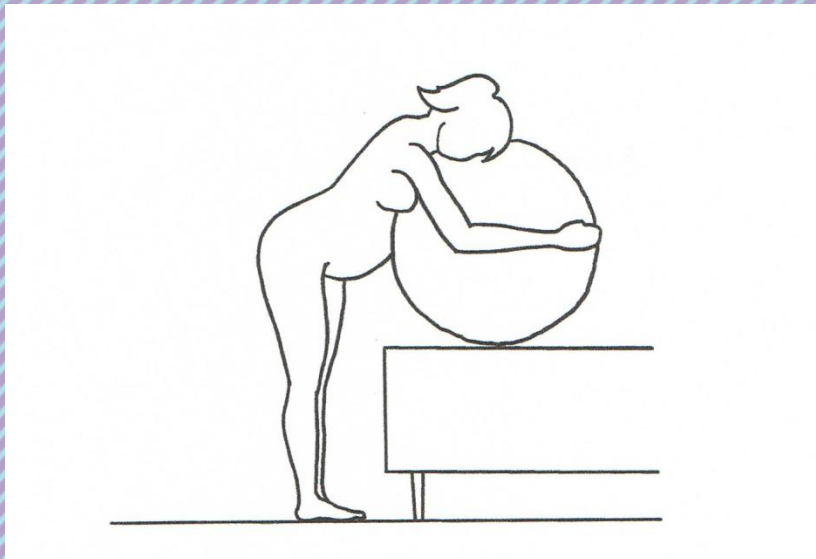
Retirada de: GERMAIN, B.; PARÉS, N. – Parir en movimiento: Las movilidades de la pélvis en el parto. Barcelona: La Liebre de Marzo, 2007. p. 131 e 165.



# ***Bola de Parto***

Pode permanecer de pé ao lado da cama, debruçada sobre a bola colocada em cima da cama, com o tronco e braços apoiados, pés afastados e pernas um pouco flectidas.

Durante as contracções uterinas esta posição permite uma liberdade de movimento que promove a posição vertical e alivia o desconforto e a dor.



# ***Bola de Parto***

Sentada na cama, posicione a bola entre as suas pernas e abrace-a, estando a região torácica inclinada sobre a bola.

Esta posição facilita o encaixe do bebé na bacia materna e promove o relaxamento.



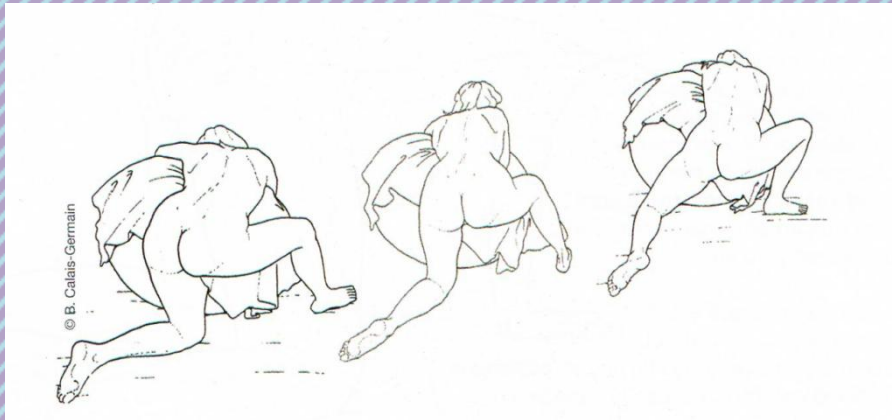
# ***Bola de Parto***

Pode ajoelhar-se e transferir o peso do tórax e braços para cima da bola de parto, deixando o abdómen em pêndulo. Pode adoptar variantes desta posição, como por exemplo manter um joelho apoiado e apoiar o pé da outra perna, transferindo o seu peso de um lado para o outro ou ainda apoiar as nádegas nos calcanhares.

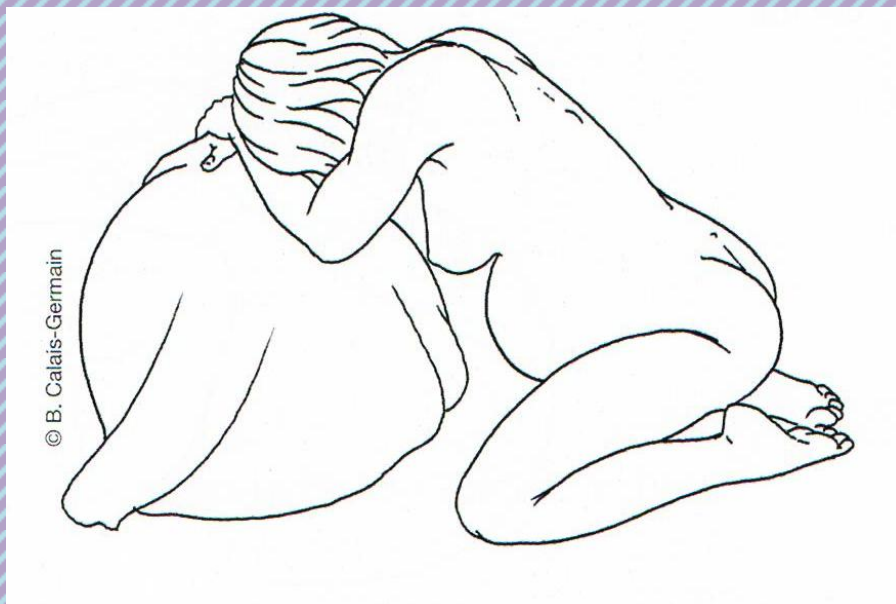
Estas posições proporcionam alívio da dor lombar, promovem relaxamento e ajuda na descida do bebé pela bacia materna.



# ***Bola de Parto***



Retirada de: GERMAIN, B.; PARÉS, N. – Parir en movimiento: Las movilidades de la pélvis en el parto. Barcelona: La Liebre de Marzo, 2007. p. 170.



Retirada de: GERMAIN, B.; PARÉS, N. – Parir en movimiento: Las movilidades de la pélvis en el parto. Barcelona: La Liebre de Marzo, 2007. p. 169.

# ***Métodos não Farmacológicos de Alívio da Dor***

Estes métodos não farmacológicos podem contribuir muito para o alívio da dor durante o seu trabalho de parto, ajudando-a a sentir-se mais relaxada, com menos dor e desconforto, facilitando o mecanismo fisiológico do trabalho de parto.

Estas técnicas podem ser combinadas e aplicadas ao mesmo tempo, para lhe proporcionar uma vivência positiva do seu trabalho de parto.

## **BIBLIOGRAFIA:**

BACHMAN, J. A. – **Controlo do desconforto**. In: LOWDERMILK, D.L. – **Enfermagem na Maternidade**. 7ª ed. Loures: Lusodidacta, 2008. ISBN 978-989-8075-16-1.

DALE, B.; ROBER, J. – **Exercícios de Preparação para o Parto**. Lisboa: Publicações Dom Quixote, 1993.

GERMAIN, B.; PARÉS, N. – **Parir en movimiento: Las movilidades de la pélvis en el parto**. Barcelona: La Liebre de Marzo, 2007.

LOWDERMILK, D.L. – **Enfermagem na Maternidade**. 7ª ed. Loures: Lusodidacta, 2008. ISBN 978-989-8075-16-1.

SILVA, L. M. – **Utilização da bola suíça na assistência ao parto nos serviços públicos do município de São Paulo**. São Paulo: Universidade de São Paulo, 2010. Tese de Mestrado em Enfermagem. Acedido em 17 de Julho de 2011. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7141/tde-23062010-092554/pt-br.php>

VELLAY, P. – **A vida sexual da Mulher. O método psicoprofiláctico do parto sem dor**. 8ª ed. Lisboa: Editorial Estampa, 1998.

ZELLING, E. – **Overcoming the challenges: Maternal movement and positioning to facilitate labor progress**. In: Am J. Matern Child Nurse, Vol 35, nº 2. (2010).

Realizado por **Daniel Rodrigues**

2º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL).

Revisto por:

**Catarina Alves** – Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia da Sala de Partos da Maternidade Dr. Alfredo da Costa;

**Luísa Sotto-Mayor** - Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia e Docente da ESEL.

## **Anexo I**

*Diário da República, 2ª série, N.º 35 de 18 de Fevereiro de 2011*



## Regulamento n.º 127/2011

## Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica

## Preâmbulo

Em concordância com o conceito alvo de intervenção, definido e assente na premissa que “os cuidados de enfermagem tomam por foco de atenção a promoção dos projectos de saúde que cada pessoa vive e persegue”, define-se a Mulher no âmbito do ciclo reprodutivo como a entidade beneficiária de cuidados de enfermagem desta especialidade, tendo subjacente o pressuposto de que a pessoa, como ser sociável e agente intencional de comportamentos é um ser único, com dignidade própria e direito a auto-determinar-se (a Mulher, como a entidade beneficiária de cuidados de enfermagem desta especialidade, deve ser entendida numa perspectiva individual como a pessoa no seu todo, considerando a inter-relação com os conviventes significativos e com o ambiente no qual vive e se desenvolve, constituído pelos elementos humanos, físicos, políticos, económicos, culturais e organizacionais; e numa perspectiva colectiva como grupo-alvo entendido como o conjunto das Mulheres em idade fértil ligadas pela partilha de condições e interesses comuns).

O enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna, obstétrica e ginecológica assume a responsabilidade pelo exercício das seguintes áreas de actividade de intervenção: 1. Planeamento familiar e pré-concepcional — assistência à mulher a vivenciar processos de saúde/doença no âmbito da sexualidade, do planeamento da família e do período pré-concepcional; 2. Gravidez — assistência à mulher a vivenciar processos de saúde/doença durante o período pré-natal; 3. Parto — assistência à mulher a vivenciar processos de saúde/doença durante o trabalho de parto e parto; 4. Puerpério — assistência à mulher a vivenciar processos de saúde/doença durante o período pós-natal; 5. Climatério — assistência à mulher a vivenciar processos de saúde/doença durante o período peri-menopáusico; 6. Ginecologia — assistência à mulher a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica; 7. Comunidade — assistência às mulheres em idade fértil, actuando no ambiente em que vivem e se desenvolvem, no sentido de promover a saúde sexual e reprodutiva e prevenir processos de doença.

O enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna, obstétrica e ginecológica, assume no seu exercício profissional intervenções autónomas em todas as situações de baixo risco, entendidas como aquelas em que estão envolvidos processos fisiológicos e processos de vida normais no ciclo reprodutivo da mulher e intervenções autónomas e interdependentes em todas as situações de médio e alto risco, entendidas como aquelas em que estão envolvidos processos patológicos e processos de vida disfuncionais no ciclo reprodutivo da mulher.

Assim:

Nos termos da alínea c) do n.º 4 do artigo 31.º-A, da alínea o) do artigo 20.º e da alínea i) do artigo 12.º, todos do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 104/98, de 21 de Abril, alterado e republicado pela Lei n.º 111/2009, de 16 de Setembro, após aprovação pelo Colégio de Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, sob proposta do Conselho Directivo, ouvido o Conselho Jurisdicional e os conselhos directivos regionais, a Assembleia Geral aprova o seguinte Regulamento:

## Artigo 1.º

## Objecto

O presente regulamento define o perfil das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna, obstétrica e ginecológica.

## Artigo 2.º

## Âmbito e Finalidade

O perfil de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna, obstétrica e ginecológica integra, junto com o perfil das competências comuns, o conjunto de competências clínicas especializadas que visa prover um enquadramento regulador para a certificação das competências e comunicar aos cidadãos o que podem esperar.

## Artigo 3.º

## Conceitos

Os termos utilizados no presente Regulamento regem-se pelas definições previstas no artigo 3.º do Regulamento que estabelece as competências comuns dos enfermeiros especialistas.

## Artigo 4.º

## Competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna, obstétrica e ginecológica

1 — As competências do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna, obstétrica e ginecológica são as seguintes:

- a) Cuida a mulher inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar e durante o período pré-concepcional;
- b) Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal;
- c) Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto;
- d) Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal;
- e) Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período do climatério;
- f) Cuida a mulher inserida na família e comunidade a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica;
- g) Cuida o grupo-alvo (mulheres em idade fértil) inserido na comunidade.

2 — Cada competência prevista no número anterior é apresentada com descritivo, unidades de competência e critérios de avaliação (Anexo I).

## ANEXO I

## Competência

H1. Cuida a mulher inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar e durante o período pré-concepcional

## Descritivo

Cuida a mulher inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar e durante o período pré-concepcional, estabelecendo e implementando programas de intervenção e de educação para a saúde de forma a promover famílias saudáveis, gravidezes planeadas e vivências positivas da sexualidade e parentalidade.

Unidades de competência	Crítérios de avaliação
H1.1 Promove a saúde da mulher no âmbito da saúde sexual, do planeamento familiar e durante o período pré-concepcional.	<p>H1.1.1. Concebe, planeia, coordena, supervisiona, implementa e avalia programas, projectos e intervenções de educação sexual e de saúde pré-concepcional.</p> <p>H1.1.2. Concebe, planeia, coordena, supervisiona, implementa e avalia programas, projectos e intervenções de promoção da regulação da fecundidade e da fertilidade.</p> <p>H1.1.3. Informa e orienta sobre recursos disponíveis na comunidade no âmbito do planeamento familiar e pré-concepcional.</p> <p>H1.1.4. Informa e orienta em matéria de planeamento familiar e pré-concepcional.</p> <p>H1.1.5. Promove a decisão esclarecida no âmbito do planeamento familiar e saúde pré-concepcional.</p> <p>H1.1.6. Faculta métodos contraceptivos e supervisiona a utilização.</p>
H1.2. Diagnostica precocemente e previne complicações para a saúde da mulher no âmbito da saúde sexual, do planeamento familiar e durante o período pré-concepcional.	<p>H1.2.1. Concebe, planeia, coordena, implementa e avalia intervenções de rastreio e de diagnóstico da situação de saúde da mulher.</p> <p>H1.2.2. Concebe, planeia, coordena, implementa e avalia intervenções de protecção da saúde e prevenção das infecções sexualmente transmissíveis.</p> <p>H1.2.3. Identifica problemas relacionados com a vivência da sexualidade, referenciando as situações que estão para além da sua área de actuação.</p>



Unidades de competência	CrITÉrios de avaliaÇão
	<p>H1.2.4. Identifica e monitoriza o potencial de risco pré-concepcional e obstétrico, referenciando as situações que estão para além da sua área de actuação.</p> <p>H1.2.5. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções � mulher com infecção sexualmente transmissível, incluindo os conviventes significativos.</p>
H1.3. Providencia cuidados � mulher com disfunções sexuais, problemas de fertilidade e infecções sexualmente transmissíveis.	<p>H1.3.1. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções � mulher com disfunções sexuais, incluindo os conviventes significativos.</p> <p>H1.3.2. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções � mulher com problemas de fertilidade, considerando as necessidades de saúde do companheiro.</p> <p>H1.3.3. Concebe, planeia, implementa e avalia medidas de suporte emocional e psicológico � mulher com disfunções sexuais e ou com problemas de fertilidade, incluindo conviventes significativos.</p> <p>H1.3.4. Cooperar com outros profissionais no tratamento da mulher com infecção sexualmente transmissível, incluindo os conviventes significativos.</p> <p>H1.3.5. Cooperar com outros profissionais no tratamento da mulher com problemas de fertilidade, considerando as necessidades de saúde do companheiro.</p>

### Competência

H2. Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal

### Descritivo

Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal, de forma a potenciar a sua saúde, a detectar e a tratar precocemente complicações, promovendo o bem-estar materno-fetal.

Unidades de competência	Crêterios de avaliação
H2.1. Promove a saúde da mulher durante o período pré-natal e em situação de abortamento.	<p>H2.1.1. Concebe, planeia, coordena, supervisiona, implementa e avalia programas, projectos e intervenções de promoção da saúde pré-natal.</p> <p>H2.1.2. Diagnostica e monitoriza a gravidez.</p> <p>H2.1.3. Promove a decisão esclarecida no �mbito da interrup��o volunt�ria da gravidez, informando e orientando para os recursos disponíveis na comunidade.</p> <p>H2.1.4. Informa e orienta sobre estilos de vida saudáveis na gravidez.</p> <p>H2.1.5. Promove a decisão esclarecida no �mbito da saúde pr�-natal, facultando informação � grávida sobre recursos disponíveis na comunidade.</p> <p>H2.1.6. Concebe, planeia, coordena, supervisiona, implementa e avalia programas, projectos e interven��es de promoção da saúde mental na viv�ncia da gravidez.</p> <p>H2.1.7. Concebe, planeia, coordena, supervisiona, implementa e avalia programas de preparação completa para o parto e parentalidade responsável.</p> <p>H2.1.8. Concebe, planeia, coordena, supervisiona, implementa e avalia programas, projectos e intervenções de promoção do aleitamento materno.</p> <p>H2.1.9. Promove o plano de parto, aconselha e apoia a mulher na decisão.</p> <p>H2.1.10. Informa e orienta a mulher sobre sexualidade e contracepção no período pós-aborto.</p>
H2.2. Diagnostica precocemente e previne complicações na saúde da mulher durante o período pré-natal e em situação de abortamento.	<p>H2.2.1. Informa e orienta a grávida e conviventes significativos sobre os sinais e sintomas de risco.</p> <p>H2.2.2. Identifica e monitoriza saúde materno-fetal pelos meios clínicos e técnicos apropriados.</p> <p>H2.2.3. Prescreve exames auxiliares de diagnóstico necessários � detecção de gravidez de risco.</p> <p>H2.2.4. Identifica e monitoriza desvios � gravidez fisiológica, referenciando as situações que estão para além da sua área de actuação.</p> <p>H2.2.5. Identifica e monitoriza desvios ao padrão de adaptação à gravidez, referenciando as situações que estão para além da sua área de actuação.</p> <p>H2.2.6. Avalia bem-estar materno-fetal pelos meios clínicos e técnicos apropriados.</p> <p>H2.2.7. Avalia e determina a adequação da estrutura pélvica em relação ao feto.</p> <p>H2.2.8. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções com a finalidade de potenciar uma gravidez saudável.</p> <p>H2.2.9. Identifica e monitoriza trabalho de abortamento.</p> <p>H2.2.10. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções com a finalidade de potenciar a saúde da mulher durante o abortamento e após o aborto.</p> <p>H2.2.11. Identifica complicações pós-aborto, referenciando as situações que estão para além da sua área de actuação.</p>
H2.3. Providencia cuidados � mulher e facilita a sua adaptação, durante o período pré natal e em situação de abortamento.	<p>H2.3.1. Informa e orienta sobre medidas de suporte para alívio dos desconfortos da gravidez.</p> <p>H2.3.2. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções � mulher com desvios ao padrão de adaptação à gravidez.</p> <p>H2.3.3. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções � mulher com patologia associada e ou concomitante com a gravidez.</p> <p>H2.3.4. Cooperar com outros profissionais no tratamento da mulher com complicações da gravidez, ainda que com patologia associada e ou concomitante.</p> <p>H2.3.5. Aplica medidas de suporte básico de vida � mulher em situação crítica.</p> <p>H2.3.6. Assume a decisão de transferir, assegura a transferência e cuida da grávida durante o transporte.</p> <p>H2.3.7. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções � mulher com complicações pós-aborto.</p> <p>H2.3.8. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de apoio à mulher, incluindo conviventes significativos, durante o período de luto em caso de abortamento.</p> <p>H2.3.9. Cooperar com outros profissionais no tratamento da mulher com complicações pós-aborto.</p>

**Competência**

H3. Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto.

**Descritivo**

Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto, efectuando o parto em ambiente seguro, no sentido de otimizar a saúde da parturiente e do recém-nascido na sua adaptação à vida extra-uterina.

Unidades de competência	Critérios de avaliação
H3.1. Promove a saúde da mulher durante o trabalho de parto e optimiza a adaptação do recém-nascido à vida extra-uterina.	<p>H3.1.1. Actua de acordo com o plano de parto estabelecido com mulher, garantindo intervenções de qualidade e risco controlado.</p> <p>H3.1.2. Garante um ambiente seguro durante o trabalho de parto e parto.</p> <p>H3.1.3. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de promoção do conforto e bem-estar da mulher e conviventes significativos.</p> <p>H3.1.4. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de promoção da vinculação mãe/pai/recém-nascido/conviventes significativos.</p> <p>H3.1.5. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de promoção, protecção e apoio ao aleitamento materno.</p> <p>H3.1.6. Coopera com outros profissionais na implementação de intervenções de promoção, prevenção e controlo da dor.</p>
H3.2. Diagnostica precocemente e previne complicações para a saúde da mulher e do recém-nascido.	<p>H3.2.1. Identifica e monitoriza trabalho de parto.</p> <p>H3.2.2. Identifica e monitoriza o risco materno-fetal durante o trabalho de parto e parto, referenciando as situações que estão para além da sua área de actuação.</p> <p>H3.2.3. Identifica e monitoriza desvios ao padrão normal de evolução do trabalho de parto, referenciando as situações que estão para além da sua área de actuação.</p> <p>H3.2.4. Avalia e determina a adequação da estrutura pélvica em relação ao feto durante o trabalho de parto.</p> <p>H3.2.5. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções adequadas à evolução do trabalho de parto, optimizando as condições de saúde da mãe e do feto.</p> <p>H3.2.6. Aplica as técnicas adequadas na execução do parto de apresentação cefálica e, em caso de urgência, do parto de apresentação pélvica.</p> <p>H3.2.7. Assegura a avaliação imediata do recém-nascido implementando medidas de suporte na adaptação à vida extra-uterina.</p> <p>H3.2.8. Assegura reanimação do recém-nascido em situação de emergência.</p> <p>H3.2.9. Coopera com outros profissionais no tratamento do recém-nascido com alterações morfológicas e funcionais.</p> <p>H3.2.10. Identifica alterações morfológicas e funcionais do recém-nascido, referenciando as que estão para além da sua área de actuação.</p>
H3.3. Providencia cuidados à mulher com patologia associada e ou concomitante com a gravidez e ou com o trabalho de parto.	<p>H3.3.1. Concebe, planeia, implementa e avalia medidas de suporte emocional e psicológico à parturiente e à mulher em trabalho de parto, incluindo conviventes significativos.</p> <p>H3.3.2. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções à parturiente com patologia associada e ou concomitante com a gravidez durante o trabalho de parto.</p> <p>H3.3.3. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções à parturiente em caso de retenção de placenta, efectuando em caso de urgência, extracção manual e revisão uterina.</p> <p>H3.3.4. Avalia a integridade do canal de parto e aplica técnicas de reparação, referenciando as situações que estão para além da sua área de actuação.</p> <p>H3.3.5. Coopera com outros profissionais no tratamento da parturiente com complicações da gravidez e do parto.</p> <p>H3.3.6. Assume a decisão de transferir, assegura a transferência e cuida da parturiente durante o transporte.</p>

**Competência**

H4. Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal.

**Descritivo**

Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal, no sentido de potenciar a saúde da puérpera e do recém-nascido, apoiando o processo de transição e adaptação à parentalidade.

Unidades de competência	Critérios de avaliação
H4.1. Promove a saúde da mulher e recém-nascido no período pós-natal.	<p>H4.1.1. Informa e orienta sobre recursos disponíveis na comunidade passíveis de responder às necessidades da puérpera e do recém-nascido, promovendo a decisão esclarecida.</p> <p>H4.1.2. Informa e orienta a mulher sobre crescimento, desenvolvimento, sinais e sintomas de alarme no recém-nascido.</p> <p>H4.1.3. Informa e orienta a mulher sobre sexualidade e contracepção no período pós-parto.</p> <p>H4.1.4. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de promoção, protecção e apoio ao aleitamento materno.</p> <p>H4.1.5. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de promoção e apoio à adaptação pós-parto.</p> <p>H4.1.6. Concebe, planeia, coordena, supervisiona, implementa e avalia programas, projectos e intervenções de promoção da saúde mental na vivência do puerpério, potenciando a parentalidade responsável.</p>

Unidades de competência	Critérios de avaliação
H4.2. Diagnostica precocemente e previne complicações para a saúde da mulher e recém-nascido durante o período pós-natal.	<p>H4.2.1. Informa, orienta e apoia a mãe no auto-cuidado e a cuidar do seu filho.</p> <p>H4.2.2. Identifica e monitoriza alterações aos processos de transição e adaptação à parentalidade, referenciando as situações que estão para além da sua área de actuação.</p> <p>H4.2.3. Identifica e monitoriza o estado de saúde da puérpera e do recém-nascido, referenciando as situações que estão para além da sua área de actuação.</p> <p>H4.2.4. Identifica complicações pós-parto, referenciando as situações que estão para além da sua área de actuação.</p> <p>H4.2.5. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções com a finalidade de potenciar a saúde da mulher após o parto.</p>
H4.3. Providencia cuidados nas situações que possam afectar negativamente a saúde da mulher e recém-nascido no período pós-natal.	<p>H4.3.1. Concebe, planeia, implementa e avalia medidas de suporte emocional e psicológico à puérpera, incluindo conviventes significativos.</p> <p>H4.3.2. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de recuperação pós-parto.</p> <p>H4.3.3. Concebe, planeia, implementa e avalia medidas correctivas ao processo de aleitamento materno.</p> <p>H4.3.4. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções à mulher com complicações pós-parto.</p> <p>H4.3.5. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções à puérpera com patologia associada e ou concomitante.</p> <p>H4.3.6. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de apoio à mulher, incluindo conviventes significativos, em caso de alterações morfológicas e ou funcionais do recém-nascido.</p> <p>H4.3.7. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de apoio à mulher, incluindo conviventes significativos, durante o período de luto em caso de morte fetal/neo-natal.</p> <p>H4.3.8. Coopera com outros profissionais no tratamento da mulher com complicações pós-parto.</p> <p>H4.3.9. Coopera com outros profissionais no tratamento da puérpera com patologia associada e ou concomitante.</p> <p>H4.3.10. Coopera com outros profissionais no tratamento do recém-nascido com problemas de saúde no período neo-natal.</p> <p>H4.3.11. Assume a decisão de transferir, assegura a transferência e cuida da puérpera e do recém-nascido durante o transporte.</p>

### Competência

H5. Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período do climatério.

### Descritivo

Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período do climatério, no sentido de potenciar a saúde, apoiando o processo de transição e adaptação à menopausa.

Unidades de competência	Critérios de avaliação
H5.1. Promove a saúde da mulher apoiando o processo de transição à menopausa.	<p>H5.1.1. Concebe, planeia, coordena, supervisiona, implementa e avalia programas, projectos e intervenções de rastreio e de promoção da saúde durante o climatério.</p> <p>H5.1.2. Concebe, planeia, coordena, supervisiona, implementa e avalia programas, projectos e intervenções de promoção da saúde mental na vivência da menopausa.</p> <p>H5.1.3. Informa e orienta a mulher com alterações associadas ao climatério.</p> <p>H5.1.4. Informa e orienta a mulher sobre os recursos disponíveis, promovendo a decisão esclarecida.</p>
H5.2. Diagnostica precocemente e previne complicações para a saúde da mulher durante o período do climatério.	<p>H5.2.1. Concebe, planeia, coordena, supervisiona, implementa e avalia intervenções de protecção da saúde e prevenção das alterações associadas ao climatério.</p> <p>H5.2.2. Identifica e monitoriza o estado de saúde da mulher no climatério, referenciando as situações que estão para além da sua área de actuação.</p> <p>H5.2.3. Identifica e monitoriza o potencial de risco de doenças causadas pelo decréscimo da função ovárica, referenciando as situações que estão para além da sua área de actuação.</p> <p>H5.2.4. Identifica alterações físicas, psicológicas, emocionais e sexuais decorrentes do climatério, referenciando as situações que estão para além da sua área de actuação.</p> <p>H5.2.5. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções à mulher com alterações associadas ao climatério.</p>
H5.3. Providencia cuidados à mulher que vivencia processos de adaptação à menopausa.	<p>H5.3.1. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções à mulher com disfunções sexuais associadas ao climatério, incluindo os conviventes significativos.</p> <p>H5.3.2. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções à mulher com patologia associada e ou concomitante ao climatério.</p> <p>H5.3.3. Concebe, planeia, implementa e avalia medidas de suporte emocional e psicológico à mulher com complicações associadas ao climatério., incluindo conviventes significativos.</p> <p>H5.3.4. Coopera com outros profissionais no tratamento da mulher com complicações associadas ao climatério.</p>

### Competência

H6. Cuida a mulher inserida na família e comunidade a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica

**Descritivo**

Cuida a mulher inserida na família e comunidade a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica no sentido de potenciar a saúde.

Unidades de competência	Critérios de avaliação
H6.1. Promove a saúde ginecológica da mulher.	H6.1.1. Concebe, planeia, coordena, supervisiona, implementa e avalia programas, projectos e intervenções de rastreio no sentido de promover a saúde ginecológica. H6.1.2. Informa e orienta a mulher sobre saúde ginecológica. H6.1.3. Informa e orienta a mulher sobre recursos da comunidade no âmbito da saúde ginecológica, promovendo a decisão esclarecida.
H6.2. Diagnostica precocemente e previne complicações relacionadas com afecções do aparelho genito-urinário e/ou mama.	H6.2.1. Diagnostica e monitoriza potencial de risco da mulher para afecções do aparelho genito-urinário e ou mama. H6.2.2. Diagnostica e monitoriza afecções do aparelho genito-urinário e ou mama, referenciando as situações que estão para além da sua área de actuação. H6.2.3. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções à mulher com afecções do aparelho genito-urinário e ou mama, incluindo os conviventes significativos. H6.2.4. Cooperar com outros profissionais no diagnóstico das afecções do aparelho genito-urinário e ou mama.
H6.3. Providencia cuidados à mulher com afecções do aparelho genito-urinário e ou mama e facilita a sua adaptação à nova situação.	H6.3.1. Informa e orienta a mulher em tratamento de afecções do aparelho genito-urinário e ou mama. H6.3.2. Concebe, planeia implementa e avalia intervenções à mulher em tratamento de afecções do aparelho genito-urinário e ou mama. H6.3.3. Concebe, planeia, implementa e avalia medidas de suporte emocionais e psicológicas à mulher em tratamento de afecções do aparelho genito-urinário e ou mama, incluindo os conviventes significativos. H6.3.4. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções à mulher com complicações pós-cirúrgicas de afecções do aparelho genito-urinário e ou mama. H6.3.5. Cooperar com outros profissionais no tratamento da mulher com afecções do aparelho genito-urinário e ou mama.

**Competência**

H7. Cuida o grupo-alvo (mulheres em idade fértil) inserido na comunidade

**Descritivo**

Cuida o grupo-alvo promovendo cuidados de qualidade, culturalmente sensíveis e congruentes com as necessidades da população.

Unidades de competência	Critérios de avaliação
H7.1. Promove a saúde do grupo alvo.	H7.1.1. Identifica infra-estruturas de saúde da comunidade e as condições de acesso. H7.1.2. Gere os recursos disponíveis na comunidade para dar resposta em situação de urgência/emergência e de transporte. H7.1.3. Diagnostica e monitoriza o estado de saúde das mulheres em idade fértil. H7.1.4. Identifica necessidades em cuidados de enfermagem relacionadas com a saúde sexual e reprodutiva. H7.1.5. Identifica as causas directas e indirectas da morbi-mortalidade materna e neo-natal utilizando o conhecimento epidemiológico. H7.1.6. Desenvolve estratégias para promover cuidados seguros em diferentes ambientes de nascimento. H7.1.7. Advoga e promove estratégias de “empowerment” para as mulheres em idade fértil. H7.1.8. Advoga o cumprimento da legislação em vigor relacionada com a saúde reprodutiva e maternidade/paternidade.
H7.2. Diagnostica precocemente e intervém no grupo alvo no sentido de prevenir complicações na área da saúde sexual e reprodutiva.	H7.2.1. Concebe, planeia, coordena, supervisiona, implementa e avalia programas, projectos e intervenções no sentido de responder às necessidades de saúde sexual e reprodutiva. H7.2.2. Valoriza as práticas de saúde tradicionais e contemporâneas, gerindo os seus riscos e benefícios para a saúde das mulheres em idade fértil. H7.2.3. Gere os benefícios e riscos dos locais de nascimento disponíveis. H7.2.4. Avalia e dá parecer sobre condições apropriadas à prática clínica. H7.2.5. Aplica o programa nacional de vacinação e informa sobre as condições de acesso aos serviços de imunização.
H7.3. Intervém na minimização das causas de morbi-mortalidade materno-fetal.	H7.3.1. Concebe, planeia, coordena, supervisiona, implementa e avalia programas, projectos e intervenções no sentido de minimizar as causas directas e indirectas de morbi-mortalidade materno-fetal. H7.3.2. Cooperar com outros profissionais em programas, projectos e intervenções para melhorar a qualidade global dos serviços no âmbito da saúde sexual e reprodutiva.

Aprovado em Assembleia do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica de dia 11 de Setembro de 2010.

Aprovado em Assembleia Geral Extraordinária de 20 de Novembro de 2010.

20 de Novembro de 2010. — A Bastonária, *Maria Augusta Purificação Rodrigues de Sousa*.

## **Anexo II**

*International Confederation of Midwives*

# **LA CONFÉDÉRATION INTERNATIONALE DES SAGES-FEMMES**

## **Compétences essentielles pour la pratique de base du métier de sage-femme**

### **2010**

#### **PRÉFACE**

La Confédération internationale des sages-femmes (ICM) est une fédération d'associations de sages-femmes qui représentent des pays du monde entier. L'ICM travaille en relations étroites avec l'Organisation mondiale de la santé, toutes les agences onusiennes et les gouvernements pour soutenir des stratégies de soins en faveur de la maternité sans risque et de la santé primaire pour les familles du monde entier. L'ICM prend l'initiative d'élaborer la définition de la sage-femme et de délimiter le champ d'activité de la pratique de sage-femme (les compétences essentielles). L'ICM œuvre également en faveur de normes et de lignes directrices qui définissent la structure et le contexte attendus des programmes de formation précédant l'entrée en service, fournit des conseils pour le développement des réglementations concernant la pratique de sage-femme et aide les pays à renforcer la capacité des associations de sages-femmes et à perfectionner les leaders de la profession de sage-femme dans le monde entier.

Dans tout ce document, le terme « compétences » est utilisé pour faire référence à la fois à la description générale en tête de chaque section ainsi qu'aux connaissances, capacités techniques et comportements requis de la sage-femme en toute circonstance, pour une pratique sans risque de son métier. Elles répondent aux questions « Qu'est-ce qu'une sage-femme est censée savoir ? » et « Que fait une sage-femme ? » Les compétences se basent sur l'expérience clinique.

La majorité des compétences sont considérées comme étant *de base* ou *fondamentales*, c'est-à-dire des compétences que l'on est en droit d'attendre, avant l'entrée en service, d'une sage-femme qui a suivi une formation en pratique de sage-femme. D'autres sont appelées connaissances ou capacités techniques *complémentaires*. Les capacités techniques complémentaires sont définies comme pouvant être apprises ou réalisées par des sages-femmes dans l'un des deux cas suivants : a) les sages-femmes choisissent de faire appel à une plus grande diversité de pratiques et/ou b) les sages-femmes doivent faire appel à certaines capacités techniques pour modifier le sort de la mère ou du nouveau-né. Cela permet des variations dans la préparation et la pratique des sages-femmes dans différentes régions du monde, en fonction des besoins de leur communauté locale et/ou de leur pays.

Les compétences sont rédigées en tenant compte du fait que les sages-femmes acquièrent leurs connaissances et leurs capacités techniques après avoir emprunté des parcours pédagogiques différents. Elles peuvent être utilisées par les sages-femmes, les associations de sages-femmes et les organismes de réglementation responsables de la formation et de la pratique de sage-femme dans leur pays ou région. Les compétences essentielles sont des



lignes directrices qui stipulent ce que doit obligatoirement contenir le programme de formation des sages-femmes avant l'entrée en service et fournissent des informations aux gouvernements et à d'autres organismes de prise de décision qui ont besoin de comprendre la contribution que peuvent apporter les sages-femmes au système des soins de santé. Les *Compétences essentielles pour la pratique de base du métier de sage-femme* sont complétées par les normes et lignes directrices de l'ICM qui ont trait à la formation des sages-femmes, à la réglementation et à la pratique clinique.

Les *Compétences essentielles pour la pratique de base du métier de sage-femme* est un document en évolution constante. Les énoncés des compétences font l'objet d'évaluations et de modifications permanentes au gré de l'émergence et de l'évolution des preuves sur les soins et les pratiques de santé, et au fur et à mesure de l'évolution des besoins en soins de santé des femmes enceintes et de leurs familles.

## CONCEPTS CLÉS ASSOCIÉS À LA PROFESSION DE SAGE-FEMME

Il existe un certain nombre de concepts clés de pratique de sage-femme qui définissent le rôle unique des sages-femmes dans la promotion de la santé des femmes enceintes et de leurs familles. Entre autres :

- le partenariat avec les femmes pour promouvoir les soins personnels et la santé des mères, des nourrissons et des familles ;
- le respect de la dignité humaine et des femmes en tant que personnes jouissant de droits de la personne à part entière ;
- la défense des femmes afin qu'elles fassent entendre leur voix
- la sensibilité culturelle y compris le travail en collaboration avec les femmes et les prestataires de soins de santé pour venir à bout des pratiques culturelles néfastes pour les femmes et les bébés ; et
- une orientation sur la promotion de la santé et la prévention des maladies qui considère la grossesse comme un événement normal de la vie.

## LE CHAMP D'APPLICATION DE LA PRATIQUE DU MÉTIER DE SAGE-FEMME

Le champ d'application de la pratique du métier de sage-femme utilisé dans l'ensemble de ce document s'appuie sur la *Définition internationale de la sage-femme* de l'ICM qui reconnaît que la sage-femme est une professionnelle responsable et comptable de ses actes qui travaille en partenariat avec les femmes, pour prodiguer le soutien, les soins et conseils nécessaires pendant la grossesse, le travail et la période post-partum, pour réaliser les accouchements dont la sage-femme est entièrement responsable et pour fournir des soins au nouveau-né et au nourrisson. Ces soins incluent des mesures préventives, la promotion de l'accouchement normal, la détection de *complications* chez la mère et l'enfant, *l'accès* à une aide médicale ou autre appropriée et *l'exécution* de mesures d'urgence.

La sage-femme a un rôle important en matière de conseil et d'éducation sanitaires, non seulement pour la femme mais aussi au sein de la famille et de la communauté. Cette tâche comprend l'éducation prénatale et la préparation des parents à leur nouveau rôle et peut couvrir la santé des femmes, la santé sexuelle ou la santé reproductive et les soins aux enfants.

La sage-femme peut exercer dans n'importe quel lieu à domicile, dans la communauté, les hôpitaux, les cliniques ou les centres de naissances.

# **LA CONFÉDÉRATION INTERNATIONALE DES SAGES-FEMMES**

## **Compétences essentielles pour la pratique de base du métier de sage-femme 2010**

### **COMPÉTENCE EN MATIÈRE DE CONTEXTE SOCIAL, ÉPIDÉMIOLOGIQUE ET CULTUREL DES SOINS MATERNELS ET DU NOUVEAU-NÉ**

**COMPÉTENCE # 1: Les sages-femmes ont les capacités cognitives et techniques nécessaires dans les domaines de l'obstétrique, de la médecine néonatale, des sciences sociales, de la santé publique et de l'éthique pour prodiguer des soins de haute qualité, adaptés sur le plan culturel et appropriés aux femmes enceintes, aux nouveau-nés et à leurs familles.**

#### **Connaissances**

##### **DE BASE**

**La sage-femme connaît et / ou comprend...**

- les facteurs communautaires et sociaux déterminants pour la santé (ex: revenus, alphabétisation et scolarisation, approvisionnement en eau et assainissement, logement, dangers environnementaux, sécurité alimentaire, tendances des maladies, menaces fréquentes pour la santé)
- les principes de soins de santé primaires de proximité utilisant des stratégies de promotion de la santé, de prévention et de contrôle des maladies.
- les causes directes et indirectes de la mortalité et de la morbidité maternelle et néonatale dans la communauté locale et les stratégies pour les réduire
- la méthodologie utilisée pour entreprendre une analyse des décès maternels et des audits sur les accidents évités de justesse
- les principes d'épidémiologie, de diagnostic communautaire (y compris l'eau et l'assainissement) et comment les utiliser dans la prestation des soins
- les méthodes de prévention et de contrôle des infections, appropriées au service fourni
- les principes de recherche, les pratiques basées sur des données probantes, l'interprétation critique de la littérature professionnelle et l'interprétation des statistiques démographiques et des résultats de la recherche
- les indicateurs de services de santé de qualité
- les principes de l'éducation sanitaire
- les services et infrastructures de santé au niveau national et local qui soutiennent le continuum de soins (systèmes organisationnels et d'orientation), comment accéder aux ressources nécessaires pour les soins de pratique de sage-femme.
- les programmes nationaux pertinents (offre de services ou d'informations sur la façon d'aider les membres de la communauté à accéder aux services (ex. aux programmes de vaccination et de prévention ou au traitement de conditions médicales prévalentes dans le pays)
- le concept d'alerte (préparation), les ressources pour l'orientation vers des structures de santé de niveaux supérieurs, les mécanismes de communication et de transport [soins d'urgence]



- le cadre juridique et réglementaire qui régit la santé reproductive des femmes de tout âge, y compris les lois, politiques, protocoles et recommandations professionnelles
- les droits de l'homme et leurs conséquences sur la santé des individus (couvre des problèmes comme la violence domestique et la mutilation génitale féminine [excision])
- les stratégies de plaidoyer et d'autonomisation des femmes
- la culture et les croyances locales (y compris les croyances religieuses, les rôles assignés selon le genre)
- les pratiques de santé traditionnelles et modernes (bénéfiques et dangereuses)
- les avantages et risques des lieux d'accouchement disponibles (préparation à l'accouchement)
- les stratégies pour militer aux côtés des femmes pour toute une gamme de lieux d'accouchement sans risque.

### **Comportements professionnels**

#### **DE BASE**

#### **La sage-femme...**

- est responsable sur le plan moral et légal des décisions et actes cliniques
- agit toujours conformément aux règles de déontologie et aux valeurs de la profession ainsi qu'aux droits de l'homme
- agit en permanence conformément aux standards de pratique
- entretient/renouvelle ses connaissances et capacités techniques afin d'être à jour dans la pratique
- utilise des précautions universelles / standard, des stratégies de prévention et de contrôle des infections et des techniques hygiéniques
- se comporte de manière courtoise, sans jugement, sans discrimination et en s'adaptant aux différences culturelles de tous les clients
- respecte les individus et leur culture et coutumes indépendamment de leur statut, origine ethnique ou convictions religieuses
- maintient la confidentialité de toutes les informations que lui confie la femme; ne communique des informations essentielles à d'autres prestataires des soins de santé ou aux membres de la famille qu'avec la permission explicite de la femme et en cas de besoin impérieux
- travaille en partenariat avec les femmes et leurs familles, leur donne les moyens et leur fournit l'aide nécessaire pour faire des choix éclairés sur leur santé, y compris la nécessité d'être orientée ou transférée vers d'autres prestataires ou établissements de santé pour continuer à recevoir des soins, lorsque les besoins médicaux de la femme dépassent les compétences de la sage-femme et leur droit de refuser des tests ou interventions
- travaille en collaboration (travail d'équipe) avec d'autres professionnels de la santé pour améliorer la prestation de services aux femmes et aux familles

## **Capacités techniques et/ou aptitudes**

### **DE BASE**

#### **La sage-femme a la capacité technique de (ou/l'aptitude à)**

- participer à des séances d'éducation sanitaire avec et pour les femmes et leurs familles
- utilise des techniques de communication et d'écoute appropriées dans tous les domaines de compétences
- assembler, utiliser et entretenir les équipements et fournitures nécessaires à l'exercice de ses fonctions
- enregistrer et interpréter les résultats pertinents pour les services fournis dans tous les domaines de compétences y compris ce qui a été fait et ce qui nécessite un suivi
- se conformer à toutes les réglementations locales relatives aux déclarations naissances et des décès
- démontrer des qualités de leadership dans l'exercice de la profession basées sur des convictions et des valeurs professionnelles

### **COMPLEMENTAIRE**

#### **La sage-femme a la capacité technique de (ou/l'aptitude à)**

- réaliser des tâches et activités administratives et de gestion, y compris la gestion de la qualité et des ressources humaines, qui s'alignent au niveau des prestations de services et aux attributions de la sage-femme
- démontrer des qualités de leadership dans le domaine politique

## COMPÉTENCES EN MATIÈRE DE SOINS PRODIGUÉS AVANT LA GROSSESSE ET DE CONTRACEPTION

**COMPÉTENCE # 2: Les sages-femmes fournissent une éducation et des services de santé de haute qualité qui prennent en compte les spécificités culturelles pour toute la collectivité afin de promouvoir une vie de famille saine, les grossesses désirées et une éducation positive des enfants.**

### Connaissances

#### DE BASE

#### La sage-femme connaît et / ou comprend...

- la croissance et le développement liés à la sexualité, au développement sexuel et à l'activité sexuelle
- l'anatomie et la physiologie de l'homme et de la femme en rapport avec la conception et la reproduction
- les normes et pratiques culturelles qui entourent la sexualité, les pratiques sexuelles et la grossesse
- les éléments d'antécédents médicaux, les antécédents familiaux et les antécédents génétiques appropriés
- en quoi consiste un examen physique et des méthodes d'investigation en laboratoire permettant d'évaluer les chances d'une grossesse sans risque
- l'éducation sanitaire portant sur la santé sexuelle et reproductive (ex: telles que les infections sexuellement transmissibles, le VIH et la santé des nouveau-nés et des enfants)
- les principes de base de la pharmacocinétique et des drogues et agents utilisés dans la contraception
- les méthodes de contraception culturellement acceptables et disponibles localement
- les méthodes de contraception actuelles notamment les méthodes barrières, stéroïdes, mécaniques, chimiques et chirurgicales, leur mode d'action, leur mode d'emploi, leurs avantages et risques; les rumeurs et mythes qui ont une incidence sur l'utilisation de la contraception
- les critères d'éligibilité médicale à toutes les méthodes de contraception y compris les délais appropriés pour la méthode utilisée
- les méthodes et stratégies pour orienter les femmes et/ou les couples qui ont besoin de prendre des décisions sur le choix d'une méthode de contraception
- les signes et symptômes d'infections urinaires et d'infections sexuellement transmissibles survenant couramment dans la communauté/le pays
- les indicateurs de maladies aiguës et chroniques courantes spécifiques à une région du monde qui présentent des risques pour la femme enceinte et le fœtus (ex: VIH, TB et paludisme) et le processus d'orientation pour tests / traitement complémentaires y compris le traitement préventif post-exposition

- les indicateurs et méthodes disponibles pour fournir conseils et orientation en cas de relations interpersonnelles dysfonctionnelles comme les problèmes sexuels, la violence sexuelle, la violence psychologique et la négligence physique
- les principes des méthodes de dépistage du cancer de l'utérus (ex: tels que l'inspection visuelle avec acide acétique, test de Papanicolaou et colposcopie)

### **Capacités techniques et/ou aptitudes**

#### **DE BASE**

##### **La sage-femme a la capacité technique de (ou/l'aptitude à)**

- consigner toutes les données relatives aux antécédents médicaux, obstétricaux, gynécologiques et de santé de la reproduction
- faire participer la femme et sa famille à un counselling pré-conceptuel, adaptés à sa situation, à ses besoins et à ses intérêts personnels
- faire un examen physique de la femme, y compris un examen clinique des seins, en tenant compte de l'état dans lequel la femme se présente
- demander et/ou réaliser et interpréter des tests de laboratoire courants (ex: hémoglobine, analyse d'urine avec bandelette réactive pour la détection de l'albuminurie)
- demander et/ou réaliser et interpréter certains tests de dépistage comme le dépistage de la tuberculose, du VIH et des IST
- fournir soins, aide et orientation **ou** traitement à la femme séropositive et une assistance sociopsychologique en matière de VIH et des tests de dépistage pour les femmes qui ne connaissent pas leur statut séropositif
- prescrire, dispenser, fournir ou administrer (selon qu'elle est autorisée par la réglementation de la pratique) **des méthodes de contraception culturellement acceptables et disponibles localement**
- conseiller les femmes sur la gestion des effets secondaires et des problèmes liés à l'utilisation des méthodes de contraception
- prescrire, dispenser, fournir ou administrer (selon qu'elle est autorisée par la réglementation de la pratique) une **contraception d'urgence** conformément aux politiques, protocoles, lois ou réglementations
- fournir les méthodes couramment disponibles de contraception barrière, stéroïdes, mécaniques et chimiques
- effectuer ou prescrire une cytologie cervicale (test de Papanicolaou)

#### **COMPLEMENTAIRE**

##### **La sage-femme a la capacité technique de (ou/l'aptitude à)**

- utiliser le microscope pour effectuer des tests de dépistage simples
- insérer et retirer des dispositifs contraceptifs intrautérins
- insérer et retirer des implants contraceptifs
- réaliser une visualisation du col à l'acide acétique et décider si un transfert et un traitement sont nécessaires
- réaliser une colposcopie pour le dépistage du cancer de l'utérus et décider si un transfert et un traitement sont nécessaires

## COMPÉTENCE RELATIVE À L'OFFRE DE SOINS PENDANT LA GROSSESSE

**COMPÉTENCE # 3: Les sages-femmes fournissent des soins prénatals de haute qualité pour une santé optimale de la femme pendant sa grossesse et sauront détecter et traiter suffisamment tôt certaines complications ou orienter la femme vers une personne compétente.**

### Connaissances

#### DE BASE

**La sage-femme connaît et / ou comprend...**

- l'anatomie et la physiologie du corps humain
- la biologie de la reproduction humaine, le cycle menstruel et le processus de conception
- les signes et symptômes de grossesse
- les examens et tests pour confirmer la grossesse
- les méthodes de diagnostic d'une grossesse ectopique
- les principes du calcul du terme de la grossesse par les antécédents menstruels, la taille de l'utérus, les caractéristiques de croissance utérine et l'utilisation de l'échographie (le cas échéant)
- les éléments des antécédents médicaux et d'un examen physique ciblé pour les visites prénatales
- les manifestations des différents degrés de mutilation génitale féminine (excision) et leurs conséquences potentielles sur la santé des femmes, notamment l'accouchement
- les résultats normaux de tests de dépistage de base réalisés en laboratoire en fonction des besoins de la région du monde; niveaux de fer, analyse d'urine pour la détection de sucre, de protéines, d'acétone, de bactéries
- la progression normale de la grossesse: changements physiologiques, petits maux courants, caractéristiques de croissance utérine attendues
- les conséquences des écarts par rapport aux caractéristiques de croissance utérine attendues, y compris retard/défaut de croissance intra-utérine, oligoamnios, polyamnios et fœtus multiples
- les facteurs de risque néonataux exigeant le transfert de la femme à des niveaux de soins supérieurs avant le travail et l'accouchement
- les changements psychologiques normaux au cours de la grossesse, les indicateurs de stress psychosocial et l'impact de la grossesse sur la femme et sa famille
- les substances non-pharmacologiques sans danger et disponibles localement pour soulager les petits maux courants de la grossesse
- comment juger le bien-être fœtal pendant la grossesse notamment le rythme cardiaque et les mouvements
- les besoins nutritionnels de la femme enceinte et du fœtus

- les besoins en matière d'éducation sanitaire pendant la grossesse (ex: informations pour soulager les petits maux courants, l'hygiène, la sexualité, le travail à l'intérieur ou à l'extérieur du domicile)
- les principes de base de la pharmacocinétique des drogues prescrites, dispensées et fournies aux femmes pendant la grossesse
- les effets des médicaments prescrits, des drogues illicites, des médicaments traditionnels et des médicaments vendus sans ordonnance sur la grossesse et le fœtus
- les effets du tabac, de l'abus d'alcool et des drogues illicites sur la femme enceinte et le fœtus
- les éléments essentiels de la préparation à l'accouchement (préparation au travail et à la naissance de l'enfant et aux situations d'urgence)
- les éléments de la préparation du foyer/de la famille pour l'arrivée du nouveau-né
- les signes et symptômes du début du travail (notamment la perception et les symptômes de la femme)
- les techniques pour permettre à la femme de mieux se décontracter et les méthodes de soulagement de la souffrance disponibles pendant le travail
- les signes, symptômes et conséquences potentielles de problèmes médicaux qui mettent en danger la vie de la femme enceinte et/ou de son fœtus( ex: pré-éclampsie/éclampsie, saignements vaginaux, accouchement prématuré, anémie grave, allo-immunisation foetomaternelle, syphilis)
- les moyens et méthodes disponibles pour fournir des conseils de soins, de traitement et d'assistance à la femme enceinte séropositive, y compris des mesures pour éviter la transmission mère-enfant (y compris les choix mis à la disposition de la femme pour alimenter son bébé)
- les signes, symptômes et indications qu'un transfert est nécessaire en raison de complications et de problèmes médicaux particuliers pendant la grossesse qui affectent la mère ou le fœtus (ex: asthme, infection au VIH, diabète, maladie cardiaque, présentation anormale, problèmes placentaires, accouchement prématuré, grossesse prolongée)
- les mesures de prévention et de contrôle du paludisme pendant la grossesse, en fonction de la structure de morbidité dans le pays notamment le traitement préventif intermittent (TPIg) et la promotion des moustiquaires insecticides
- le fondement pharmacologique d'un traitement vermifuge pendant la grossesse (s'il est pertinent dans le pays où il est pratiqué)
- la physiologie de la lactation et les méthodes de préparation des femmes à l'allaitement au sein

## Capacités techniques et/ou aptitudes

### DE BASE

#### **La sage-femme a la capacité technique de (ou/l'aptitude à)**

- noter en premier lieu les antécédents médicaux puis faire un suivi à chaque visite prénatale
- effectuer un examen physique et en expliquer les résultats à la femme
- prendre et évaluer les signes vitaux de la mère y compris sa température, sa tension artérielle, son pouls
- évaluer l'état nutritionnel de la mère et les liens avec la croissance du fœtus; donner des conseils appropriés sur les besoins nutritionnels pendant la grossesse et comment les satisfaire
- effectuer un examen abdominal complet y compris le calcul de la hauteur utérine ainsi que la position, l'orientation et la descente du fœtus
- évaluer la croissance du fœtus à l'aide de calculs manuels
- évaluer la croissance du fœtus, l'insertion du placenta et la quantité du liquide amniotique par une échographie (si le matériel est disponible)
- écouter le rythme cardiaque fœtal et palper l'utérus pour apprécier les mouvements actifs du fœtus et interpréter les résultats
- contrôler le rythme cardiaque fœtal à l'aide d'un Doppler (le cas échéant)
- effectuer un examen pelvien y compris la prise des mensurations utérines lorsque cela est indiqué et approprié au cours de la grossesse
- réaliser la pelvimétrie clinique [évaluation des os du pelvis] pour déterminer si les structures osseuses sont adéquates.
- calculer la date prévue de date prévue d'accouchement
- fournir une éducation sanitaire aux adolescents, aux femmes et aux familles sur la progression normale de la grossesse, les signes et symptômes de danger et quand et comment contacter la sage-femme
- enseigner et/ou démontrer des mesures pour soulager les petits maux courants de la grossesse
- fournir conseils et préparation de base pour le travail, l'accouchement et la fonction de parent
- identifier ce qui n'est pas normal pendant la grossesse et mettre en place les interventions indépendantes ou collaboratives de première ligne appropriées sur la base de recommandations fondées sur des données probantes, de normes locales et de ressources disponibles pour :
  - état nutritionnel de la mère qui est insuffisant et/ou inadéquat
  - une croissance utérine inadéquate ou excessive, notamment en cas de suspicion d'oligoamnios, polyamnios ou de grossesse molaire
  - une tension artérielle élevée, protéinurie, présence d'un œdème important, maux de tête frontaux sévères, changements visuels, douleur épigastrique associée avec une tension artérielle élevée
  - des saignements vaginaux
  - une gestation multiple, une présentation anormale à terme
  - la mort fœtale intra-utérine
  - une rupture prématurée des membranes
  - le statut séropositif et / ou le SIDA
  - une infection par le virus de l'hépatite B et C

- prescrire, dispenser, fournir ou administrer (selon qu'elle est autorisée par la réglementation de la pratique) **une gamme de médicaments d'urgence** (ex: antibiotiques, anticonvulsivants, antipaludiques, antihypertenseurs, antirétroviraux) aux femmes qui en ont besoin à cause de leur état de santé
- identifier des écarts par rapport à la norme pendant la grossesse et lancer la procédure de transfert pour les états médicaux qui requièrent une intervention de niveau supérieur

## COMPÉTENCES DANS L'OFFRE DE SOINS PENDANT LE TRAVAIL ET L'ACCOUCHEMENT

**COMPÉTENCE # 4: Les sages-femmes prodiguent des soins culturellement acceptables et de haute qualité pendant le travail, réalisent un accouchement sans risque dans les conditions hygiéniques et font face à des situations d'urgence particulières pour maximiser la santé des femmes et de leurs nouveau-nés.**

### Connaissances

#### DE BASE

**La sage-femme connaît et / ou comprend...**

- la physiologie du premier, du second et du troisième stade du travail
- l'anatomie du crâne du fœtus, diamètres et repères critiques
- les aspects psychologiques et culturels du travail et de l'accouchement
- les indicateurs de la phase latente et du début du travail actif
- les signes indiquant qu'il faut stimuler le début du travail et augmenter la contractilité utérine
- la progression normale du travail
- l'utilisation du partogramme
- les paramètres d'évaluation du bien-être du fœtus pendant le travail
- les paramètres d'évaluation du bien-être de la mère pendant le travail
- le processus de passage [descente] du fœtus par le pelvis pendant le travail et l'accouchement; les mécanismes du travail pour les différentes présentations et positions fœtales
- les mesures de confort pendant la première et la deuxième étape du travail; ex. présence/aide de la famille, positionnement pendant le travail et l'accouchement, hydratation, soutien émotionnel, méthodes de soulagement de la douleur non-pharmacologiques
- les mesures pharmacologiques pour la gestion et le contrôle de la douleur pendant le travail, notamment les risques relatifs, les inconvénients et la sécurité des méthodes spécifiques de gestion de la douleur et leur conséquence sur la physiologie normale du travail
- les signes et symptômes de complications pendant le travail (ex: saignements, arrêt du travail, mauvaise présentation, éclampsie, détresse maternelle, souffrance fœtale, infection, procidence du cordon)



- les principes de prévention d'endommagement du plancher pelvien et de déchirures périnéales
- les signes indiquant la nécessité de pratiquer une épisiotomie
- les principes de prise en charge expectante (physiologique) du troisième stade du travail
- les principes de gestion active du troisième stade du travail
- les principes sous-jacents à la technique de réparation des déchirures périnéales et de l'épisiotomie
- les signes indiquant la nécessité d'une gestion, d'une orientation ou d'un transfert d'urgence pour les urgences obstétricales (ex: procidence du cordon, dystocie des épaules, saignement utérin et rétention de placenta)
- les signes indiquant la nécessité de procéder à un accouchement par césarienne, une extraction par ventouse, l'utilisation de forceps ou une symphysiotomie (ex : souffrance du fœtus, disproportion céphalo-pelvienne)

### **Capacités techniques et/ou aptitudes**

#### **DE BASE**

#### **La sage-femme a la capacité technique de (ou/l'aptitude à)**

- noter des données spécifiques sur le déroulement du travail et les signes maternels vitaux pendant le travail
- réaliser un examen physique ciblé pendant le travail
- effectuer un examen abdominal complet pour déterminer la position et la descente du fœtus
- chronométrer la durée des contractions utérines et évaluer leur efficacité
- réaliser un examen pelvien complet et précis pour évaluer la dilatation, la descente, la présentation, la position, l'état des membranes et si le pelvis est adapté à la naissance du bébé par les voies vaginales
- contrôler la progression du travail à l'aide du partogramme ou d'un outil d'enregistrement similaire
- fournir un soutien psychologique et physique à la femme et à la famille et promouvoir l'accouchement normal
- encourager la présence d'une personne de confiance pendant le travail et l'accouchement
- fournir hydratation, nutrition et mesures de confort non-pharmacologiques adéquats pendant le travail et l'accouchement
- fournir des thérapies pharmacologiques pour soulager la douleur pendant le travail et l'accouchement
- prendre soin de la vessie notamment par la pose d'une sonde vésicale le cas échéant
- identifier rapidement des anomalies dans le travail et entreprendre une intervention appropriée et au moment adéquat et/ou diriger la femme vers un spécialiste
- stimuler ou augmenter la contractilité utérine à l'aide d'agents non-pharmacologiques
- stimuler ou augmenter la contractilité utérine à l'aide d'agents pharmacologiques
- administrer une anesthésie locale au niveau du périnée en prévision d'une épisiotomie ou de la réparation d'une déchirure périnéale
- effectuer une épisiotomie si nécessaire
- effectuer des manœuvres manuelles appropriées pour un accouchement vertex
- réaliser des manœuvres manuelles appropriées pour les accouchements par le siège et en cas de présentation de la face
- clamber et couper le cordon

- mettre immédiatement en place des interventions nécessaires à la survie en cas d'urgences obstétricales (ex: procidence du cordon, présentation anormale, dystocie des épaules et souffrance du fœtus) pour sauver la vie du fœtus tout en attendant l'arrivée d'un médecin et/ou en attendant un transfert
- gérer un nouveau-né présentant une circulaire du cordon à la naissance
- soutenir la prise en charge expectante (physiologique) du troisième stade du travail
- réaliser la prise en charge active du troisième stade du travail
  - administrer un utérotonique dans la minute qui suit la naissance de l'enfant
  - réaliser la traction contrôlée du cordon associée à une contrepression suspubienne
  - effectuer un massage utérin après expulsion du placenta
- inspecter le placenta et les membranes pour vérifier leur intégrité
- effectuer un massage utérin pour stimuler la contraction utérine et tonifier l'utérus
- fournir un environnement sûr pour la mère et l'enfant afin de promouvoir l'attachement (établissement de liens affectifs)
- évaluer et enregistrer les pertes de sang de la mère
- inspecter le vagin et le col de l'utérus pour tout signe de lacérations
- suturer une épisiotomie si nécessaire
- réparer les déchirures vaginales / périnéales du 1<sup>er</sup> et 2<sup>ème</sup> degré
- gérer les saignements et les hémorragies post-partum à l'aide des techniques et des agents utérotoniques appropriés
- prescrire, dispenser, fournir ou administrer (selon qu'elle est autorisée par la réglementation de la pratique) **une gamme de médicaments d'urgence** (ex. antibiotiques, anticonvulsifs, antipaludiques, antihypertenseurs, antirétroviraux) aux femmes qui en ont besoin parce qu'elles présentent cette maladie
- effectuer le retrait manuel du placenta
- effectuer une compression bimanuelle interne de l'utérus pour contrôler les saignements
- réaliser une compression de l'aorte
- identifier et gérer un état de choc
- installer une voie d'abord intraveineux, faire des prélèvements sanguins pour réaliser des tests en laboratoire
- organiser et effectuer à temps l'orientation et le transfert des femmes présentant de graves complications, à un niveau d'infrastructure médicale supérieur, en apportant les médicaments et équipements appropriés et en prenant les dispositions nécessaires pour qu'une personne accompagne la femme pour continuer à lui prodiguer les soins d'urgence dont elle a besoin en cours de route.
- réaliser la réanimation cardio-pulmonaire de l'adulte

## COMPLEMENTAIRE

### La sage-femme a la capacité technique de (ou/l'aptitude à)

- effectuer une extraction par ventouse
- réparer les déchirures vaginales / périnéales du 3<sup>ème</sup> et 4<sup>ème</sup> degré
- identifier et réparer les lacérations cervicales

## COMPÉTENCES EN MATIÈRE D'OFFRE DE SOINS AUX FEMMES PENDANT LA PÉRIODE POSTNATALE

**COMPÉTENCE # 5: Les sages-femmes prodiguent aux femmes des soins postnatals complets, de haute qualité et respectueux des sensibilités culturelles.**

### Connaissances

#### DE BASE

**La sage-femme connaît et / ou comprend...**

- les changements physiques et émotionnels qui surviennent après l'accouchement y compris le processus normal d'involution utérine
- la physiologie et le processus de lactation et les problèmes courants qui y sont associés comme l'engorgement, une montée de lait insuffisante, etc.
- l'importance de l'allaitement immédiat/précoce/exclusif pour la mère et l'enfant
- la nutrition, le repos, l'activité et les besoins physiologiques (ex: intestin et vessie) de la mère au cours de la période post-partum immédiate
- les principes de l'établissement de liens affectifs et d'attachement parent-nourrisson, (ex: comment encourager des relations positives)
- les signes de sub-involution (ex: infection et saignements utérins persistants)
- les signes de problèmes ou de complications relatifs à l'allaitement maternel dont la mastite
- les signes et symptômes de problèmes pouvant mettre la vie de la mère en danger apparaissant pour la première fois pendant la période post-partum (ex: saignements vaginaux persistants, embolie, pré-éclampsie post-partum et éclampsie, sévère dépression mentale)
- les signes et symptômes de certaines complications pendant la période post-natale (ex: anémie persistante, hématomes, dépression, thrombophlébite, incontinence anale ou urinaire; rétention urinaire, fistule obstétricale)
- les principes de communication interpersonnelle et l'aide aux femmes et/ou aux familles qui sont endeuillées (décès maternel, bébés mort-nés, fausses couches, décès néonatal, malformations congénitales)
- les approches et stratégies d'aide spécifique aux adolescentes victimes de violences sexistes (y compris de viol)
- les principes de curetage manuel par aspiration de la cavité utérine pour en extraire les produits restants de la conception
- les principes de prévention de la transmission du VIH, de la tuberculose et de l'hépatite B et C de la mère à l'enfant pendant la période post-partum
- les méthodes de contraception appropriées pour la période postpartum immédiate (ex. MAMA, contraception orale progestative)
- les services communautaires post-partum à la disposition de la femme et de sa famille et comment y accéder

## **Capacités techniques et/ou aptitudes**

### **DE BASE**

#### **La sage-femme a la capacité technique de (ou/l'aptitude à)**

- noter quelques informations y compris des détails de la grossesse, du travail et de l'accouchement
- réaliser un examen physique ciblé de la mère
- fournir des informations et un soutien aux femmes et/ou à leurs familles endeuillées (décès maternel, bébés mort-nés, fausses couches, décès néonatal, anomalies congénitales)
- évaluer l'involution utérine et la cicatrisation des lacérations / sutures
- lancer et soutenir un allaitement ininterrompu [exclusif et immédiat]
- apprendre aux mères comment extraire utiliser et conserver le lait maternel exprimé.
- apprendre à la mère comment prendre soin d'elle-même et de son nourrisson après l'accouchement y compris comment identifier les signes et symptômes de complications imminentes et comment utiliser les ressources communautaires
- informer la femme / la famille sur la sexualité et la contraception après l'accouchement
- fournir en même temps des services de contraception en tant qu'élément intégral des soins postnataux
- fournir à temps des soins de première ligne appropriés pour toute complication détectée pendant l'examen post-partum (ex: anémie, hématome, infection de la mère) et la diriger vers d'autres prestataires de soins le cas échéant
- fournir des soins d'urgence en cas d'hémorragie post-partum tardive et transfert à d'autres prestataires de soins si nécessaire

### **COMPLEMENTAIRE**

#### **La sage-femme a la capacité technique de (ou/l'aptitude à)**

- réaliser un curetage manuel par aspiration de l'utérus pour les soins d'urgence en cas d'hémorragie post-partum tardive

## COMPÉTENCES DANS LES SOINS POSTNATAUX DU NOUVEAU-NÉ

**COMPÉTENCE # 6: Les sages-femmes prodiguent des soins complets et de haute qualité pour les nourrissons bien portants de la naissance à deux mois.**

### Connaissances

#### DE BASE

**La sage-femme connaît et / ou comprend...**

- les éléments d'évaluation de la santé immédiate du nouveau-né (ex. score d'APGAR pour la respiration, le rythme cardiaque, les réflexes, le tonus musculaire et la couleur)
- les principes de l'adaptation du nouveau-né à la vie extra-utérine (ex. les changements physiologiques qui surviennent dans les systèmes pulmonaires et cardiaques)
- les besoins fondamentaux du nouveau-né: voies respiratoires, chaleur, nutrition, attachement (établissement de liens affectifs)
- les avantages des différentes méthodes de réchauffement du nouveau-né y compris le contact tactile (technique kangourou)
- les méthodes et moyens permettant d'évaluer l'âge fœtal du nouveau-né
- les caractéristiques des enfants qui ont un poids très faible à la naissance et leurs besoins particuliers
- les caractéristiques du nouveau-né en bonne santé (apparence et comportement)
- la croissance et le développement normal du prématuré
- la croissance et le développement normal du nouveau-né et du nourrisson
- certaines variations chez le nouveau-né normal (ex. tête, modelage, taches mongoliques)
- les éléments de promotion de la santé et de prévention des maladies chez le nouveau-né et le nourrisson (ex : paludisme, tuberculose, VIH), y compris des éléments essentiels de soins quotidiens (ex: soins du cordon, besoins nutritionnels, caractéristiques d'élimination)
- les besoins, risques et avantages de la vaccination de la naissance à la petite enfance
- les pratiques traditionnelles ou culturelles en rapport avec le nouveau-né
- les principes de nutrition et les choix en matière d'alimentation des bébés (y compris ceux nés de mères séropositives)
- les signes et symptômes de certaines complications chez le nouveau-né (ex: jaunisse, hématome, modelage inversé du crâne du fœtus, irritation cérébrale, blessures non-accidentelles, hémangiomes, hypoglycémie, hypothermie, déshydratation, infection, syphilis congénitale)

## Capacités techniques et/ou aptitudes

### DE BASE

#### **La sage-femme a la capacité technique de (ou/l'aptitude à)**

- prodiguer des soins immédiats au nouveau-né, notamment clamber et couper le cordon, sécher le bébé, dégager les voies respiratoires et s'assurer que la respiration est bien établie
- évaluer la santé immédiate du nouveau-né (ex: score d'APGAR ou autre méthode d'évaluation)
- encourager et maintenir la température corporelle normale du nouveau-né en le couvrant (couverture, bonnet), le contrôle environnemental et encourager le contact tactile
- lancer les mesures d'urgence de détresse respiratoire (réanimation du nouveau-né), hypothermie, hypoglycémie
- prodiguer les soins appropriés en utilisant entre autres la méthode kangourou aux bébés qui ont un poids faible à la naissance et organiser un transfert en cas de complications graves ou de poids très faible à la naissance.
- effectuer un examen physique du nouveau-né pour déceler tout problème incompatible avec la survie
- effectuer une évaluation de l'âge fœtal
- prodiguer des soins de routine au nouveau-né conformément aux recommandations et protocoles locaux (ex : identification, soins des yeux, tests de dépistage, administration de vitamine K, enregistrement de la naissance)
- positionner dès que possible l'enfant pour l'allaitement après la naissance et encourager l'allaitement maternel exclusif
- transférer le nouveau-né en danger dans un centre de soin d'urgence en fonction des disponibilités
- enseigner aux parents les signes de danger chez le nouveau-né et quand amener le nourrisson qui a besoin de soins.
- informer les parents de ce que constitue une croissance et un développement normaux du bébé et du jeune enfant et comment prendre soin au quotidien d'un enfant normal
- aider les parents à accéder aux ressources communautaires à la disposition de la famille
- aider les parents à surmonter leur peine en cas de fausse couche, d'accouchement d'un bébé mort-né, de malformations congénitales ou de décès néonatal
- aider les parents pendant le transport / le transfert du nouveau-né ou pendant qu'ils sont séparés de l'enfant (ex: en cas d'admission dans une unité néonatale de soins intensifs)
- aider et informer les parents en cas de naissances multiples (ex : jumeaux, triplés) sur les besoins particuliers des nouveau-nés et les ressources communautaires
- fournir des soins appropriés pour les bébés nés de mères séropositives (ex: administration d'ARV et alimentation appropriée)

## COMPÉTENCES POUR PRODIGUER LES SOINS LIÉS AUX AVORTEMENTS

**COMPÉTENCE # 7: Les sages-femmes fournissent une gamme de services de santé liés aux avortements individualisés et respectueux des sensibilités culturelles aux femmes qui demandent une interruption de grossesse ou qui font une fausse couche, conformément aux lois et réglementations en vigueur et en accord avec les protocoles nationaux.**

### Connaissances

#### DE BASE

##### La sage-femme connaît et / ou comprend...

- les politiques, les protocoles, les lois et les réglementations liés aux services de soins d'avortement
- les facteurs qui entrent en jeu dans les décisions relatives aux grossesses indésirées ou inopportunes
- les méthodes contraceptives en post abortum
- les critères d'éligibilité médicale à toutes les méthodes d'avortement disponibles
- les soins, informations et soutien nécessaires pendant et après une fausse couche ou un avortement (physiques et psychologiques) et les services disponibles dans la communauté
- le processus normal d'involution et la reconstruction physique et émotionnelle suite à une fausse couche ou un avortement
- les signes et symptômes d'un retard d'involution utérine et/ou d'avortement incomplet, (ex: saignements utérins persistants)
- les signes et symptômes de complications suite à un avortement et de problèmes pouvant mettre la vie de la femme en danger (ex. saignements vaginaux, infection persistants)
- les connaissances pharmacothérapeutiques de base des drogues recommandées dans les avortements médicamenteux
- les principes d'évacuation utérine par curetage manuel par aspiration

## Capacités techniques et/ou aptitudes

### DE BASE

#### La sage-femme a la capacité technique de (ou/l'aptitude à)

- évaluer l'âge gestationnel en posant des questions sur la date des dernières règles, en réalisant un examen gynécologique bi-manuel et/ou une analyse d'urine pour confirmer la grossesse
- informer les femmes qui envisagent un avortement, des services disponibles pour celles qui souhaitent garder leur grossesse et celles qui décident d'avorter, comment obtenir un avortement, et soutenir le choix des femmes
- noter les antécédents cliniques et sociaux pour identifier les contre-indications à l'avortement par médicament ou par aspiration
- informer et conseiller les femmes (et les membres de la famille, le cas échéant), sur la sexualité et la contraception après l'avortement
- fournir simultanément des services de contraception comme partie intégrante des services liés aux avortements
- évaluer toute involution utérine, soigner ou transférer la mère selon les besoins
- apprendre à la mère comment prendre soin d'elle, y compris le repos et la nutrition et comment identifier des complications comme les hémorragies
- identifier les signes de complications liées à un avortement (y compris les perforations utérines); les soigner ou transférer la mère afin qu'elle soit soignée par un autre prestataire de soins

### COMPLEMENTAIRE

#### La sage-femme a la capacité technique de (ou/l'aptitude à)

- prescrire, dispenser, fournir ou administrer des médicaments (selon qu'elle est autorisée par la réglementation de la pratique) à une dose appropriée **pour provoquer un avortement par médicament**
- réaliser un curetage manuel par aspiration de l'utérus jusqu'à la 12<sup>ème</sup> semaine révolue de grossesse



## DÉFINITIONS

<b>Aptitude</b> : Le fait d'être capable de réaliser quelque chose ; une compétence ou un talent naturels ou acquis.
<b>Attitude</b> : Le point de vue (les valeurs et convictions) d'une personne au sujet d'une chose, d'un processus ou d'une personne qui conduit souvent à une réaction positive ou négative.
<b>Comportement</b> : La façon dont une personne réagit ou répond aux actions d'autrui ou à une stimulation de l'environnement.
<b>Compétence</b> : L'ensemble des connaissances, capacités psychomotrices, de communication et de prise de décision qui permettent à une personne de réaliser une tâche spécifique à un niveau de maîtrise prédéfini.
<b>Compétence en matière de pratique de sage-femme</b> : Un ensemble de connaissances, comportements professionnels et compétences spécifiques qui sont démontrés à un certain niveau de compétence dans le contexte de la formation et/ou de la pratique du métier de sage-femme.
<b>Connaissance</b> : Un capital d'informations qui permet à une personne de bien comprendre un sujet et de l'utiliser à des fins spécifiques.
<b>Capacité technique</b> : Capacité acquise par le biais de l'enseignement et de la formation ou obtenue par expérience de réaliser des actions ou tâches spécifiques à un niveau spécifié de performance mesurable.
<b>Tâche</b> : Un élément spécifique d'un travail plus important.